الكتاب الطبي الجامعي

المرشد في الطب النفسي

إعداد
نخبة من أساتذة الجامعات
في العالم العربي





المرشد في

الطب النفسي

الكتاب الطبي الجامعي

المرشد في الطب النفسي

إعداد
نخبة من أساتذة الجامعات
في العالم العربي





بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية ـ المكتب الاقليمي لشرق المتوسط
المرشد في الطب النفسي / منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص . 250

1 . الطب النفسي ـ كتاب طبي جامعي   2 . الأمراض النفسية ـ تصنيف
3 . الأمراض النفسية ـ تشخيص   أ . منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
(تصنيف المكتبة الطبية القومية WM 15)   ISBN 92-9021-260-9

المُحتوى

الأساتذة المساهمون في تأليف ومراجعة فصول الكتاب

الاسم	الصفة
الأستاذ الدكتور أحمد شوقي العقباوي	أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي ـ كلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة	أستاذ ورئيس قسم الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة عين شمس ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذة الدكتورة أميرة جمال سيف الدين	أستاذة الصحة النفسية ـ كلية الطب ـ الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ إدريس الموسوي	أستاذ الطب النفسي ـ الجامع ـ الدار البيضاء ـ المغرب
الأستاذ الدكتور سالم نجم	أستاذ بكلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم	أستاذ الطب النفسي ـ كلية الطب ـ جامعة عين شمس ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذة الدكتورة سهام راشد	رئيسة قسم الصحة النفسية ـ جامعة الإسكندرية ـ الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي	أستاذ الطب النفسي ـ قرطاج ـ الجمهورية التونسية
الأستاذ الد كتور شيخ إدريس عبد الرحيم	أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي ـ كلية للطب ـ جامعة الملك فيصل ـ الخبر ـ المملكة العربية السعودية
الأستاذ الدكتور طه بعشر	أستاذ الأمراض النفسية ـ رئيس جامعة الشرق الخرطوم ـ السودان
الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان	أستاذ الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور عبد المجيد سعيد الخليدي	استشاري الأمراض النفسية ـ صنعاء ـ اليمن

الأستاذ الدكتور عبد المناف الجاذري	أستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية ـ كلية الطب ـ جامعة بغداد ـ الجمهورية العراقية
الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني	أستاذ ورئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية ـ جامعة العلوم والتكنولوجيا ـ إربد ـ المملكة الأردنية الهاشمية
الأستاذ الدكتور فاروق طلعت	أستاذ أمراض المخ والأعصاب والطب النفسي ـ كلية الطب ـ جامعة الإسكندرية ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور محمد شعلان	أستاذ الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة الأزهر ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور محمد عماد الفضلي	أستاذ الأمراض النفسية والعصبية ـ كلية الطب ـ جامعة عين شمس ـ القاهرة ـ جمهورية مصر العربية
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد	استشاري ورئيس مستشفى الطب النفسي ـ المنامة ـ البحرين
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام	رئيس قسم الطب النفسي ـ مؤسسة حمد الطبية ـ الدوحة ـ قطر
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي	أستاذ الأمراض النفسية ـ كلية الطب ـ جامعة القاهرة ـ جمهورية مصر العربية

تقديـــم

الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري
المدير الإقليمي
لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط

لئن كان تعليم العلوم الطبيـة باللغات الوطنية من الضرورات الحتمـية التي يؤمن المكتب الإقليمي لمنظمة الصـحة العالمية بواجب دعـمها وتعزيزها ، تـيسيراً لاسـتيعاب المتلقي، وتوفـيراً لوقت المعلم والمتـعلم ، فإن إصـدار كتاب « المـرشد في الطب النفـسي » باللغة العـربية يجيء فـي مقدمـة هذه الضرورات . فـالطب النفسي يمثل الأسـاس العلمي الذي يقوم علـيه تماسك المجتـمع وسلامـته من الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية .

والطب النفسي هو أحد العلوم الصـحية الأساسية التي تعـتمدها منظمة الصحة العـالمية في تحقيق هدفهـا المتمثل في توفير الصـحة للجمـيع . ولا يمكن تجاهل دوره في بناء وتعـزيز الوضع الصحي للأفراد وللمجتمعات على حد سواء . وموضـوعاته تهم المجتمع بأسره بقدر ما تخص كل فرد فيه ، وأهمية هذه الموضوعات لا تقتصر على الأطباء أو على العاملين الصحيين بل تتعداهم لتشمل كل فرد من أفراد المجتمع في جميع مراحل حياته ، منذ ولادته إلى اللحظات الأخيرة من حياته . وهي تتسم بالشمولية التي تربط بين الصـحة وبين الجوانب السلوكية والاجتمـاعية والاقتصادية والبيئـية ، وتيسر للمرء أن يتكيف مع ظروف الحياة في ساعات الشدة والكرب .

ويأتي هذا الكتاب في عـداد سلسلة « الكتاب الطبي الجامعي » التي يعـمل المكتب الإقليمي على إصدارها تباعاً لسد حاجة الطلبة والمدرسين من الكتب الجامـعية ، في مبادرة منه لدعم استعمال اللغة العربية في التعليم الطبي الجامعي ، تمشياً مع التوصيات التي أقرها اتحاد الأطباء العرب وعمداء كليات الطب في الجامعـات العربية . ولقد آلى المكتب الإقليمي على نفـسه أن ينجز مهمتـه في هذا السبيل على مسارين متوازيـين ، يتمثل أحدهما برعاية تأليف سلسلة كاملة من المكتب الجـامعية التي يشارك في تصنيف كل منها نخبة من الأساتذة المتخصصين الذين ينتمون إلى أكبر عدد ممكن من كليات الطب العربية ؛ ويتمثل المسار الآخر بترجمة سلسلة من المراجع المتفق عليها عالمياً . وعلى طريق تحقيق هذه المهمـة النبيلة أصـدر المكتـب الإقليمي كتـاب « الطب الشرعي والسـموميـات » ، وكتـاب « الغذاء والتغذية » وكتاب « أساسيات علم الوبائيات » ، وكتاب « المرجع في الفيزيولوجيا الطبية » ، وكتاب « طب المجتمع » وها هو اليوم يضيف إليها كتاب « المرشد في الطب النفسي » .

ولقد ساهم في إعداد هذا الكتاب نخبة كريمة من المتخصصين في الطب النفسي الذين سعوا جهدهم من خلال التأليف والمراجعة ، إلى إظهار ما تتسم به المنطقة العربية من خصوصيات ، فلم يقتصروا على الترجمة من المراجع الأجنبية المعتمدة عالمياً ، بل اعتمدوا في المقام الأول على معلومات مستقاة من خبرة ومراجع ودراسات محلية وإقليمية مستلهمين ما ينفرد به المجتمع العربي من تراث خالد ، وآخذين في الحسبان تأثيرات البيئة والعادات والتقاليد السائدة في المنطقة .

والمكتب الإقليمي إذ يسعده أن يتقدم بهذا الكتاب إلى الناطقين بالعربية من العاملين في حقول العلوم الطبية والصحية يعرب عن صادق الأمل آن يجدوا فيه عوناً لهم على قيامهم بواجباتهم في خدمة المجتمع وتوصيل الرسالة الصحية إلى الذين تمس حاجتهم إليها من طلاب كليات الطب والعلوم الصحية والتنموية .

« ولكل درجات مما عملوا وليوفيهم أعمالهم وهم لا يظلمون » .

والله من وراء القصد .

تمهيد

الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

منذ أواخر الستينات وأوائل السبعينات خطا اتحاد الأطباء العرب خطوات موفقة في سبيل توحيد المصطلح الطبي العربي ، فأصدر الطبعة الأولى للمعجم الطبي الموحد . ولأهمية هذا العمل وتطويره ساند مجلس وزراء الصحة العرب مشكوراً جهد اتحاد الأطباء العرب ، ثم عُهِد إلى المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بشرق المتوسط بأن يتولى هذه المهمة ومن ثم أنشئت لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية والتي عملت جاهدة على توحيد المصطلحات الطبية .

وكان من ثمار هذا العمل المتواصل صدور الطبعة الثالثة للمعجم الطبي الموحد عام 1983 بالتعاون مع مجلس وزراء الصحة العرب واتحاد الأطباء العرب والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، ثم بذلت جهوداً متواصلة للعمل على إصدار الطبعة الرابعة الموسّعة والمحوسبة من هذا المعجم وتوزيعها على أقراص مكتنزة (CD-ROM) على المهتمين بالتعليم الطبي في البلدان العربية للاستفادة من آرائهم في المصطلحات ومدى تقبُّلها ، وفي البرنامج ومدى ملاءمته للمعجم الطبي الموحدّ الذي يستخدم الآن مرجعاً أساسياً لكل من يعمل في التعليم الطبي والتثقيف الصحي ، وفي الوقت نفسه لم يأل المكتب جهداً في إصدار عدد من المعجمات المتخصصة التي تشتمل على شرحٍ وافٍ ومختصر لكل مصطلح مع الأشكال والصور التوضيحية المناسبة ، فأصدر معجم العين وأمراضها ومعجم الوراثيات ومعجم الأعصاب ، وما معجم الوبائيات عن الصدور ببعيد .

كما سعت منظمة الصحة العالمية من أجل تأليف الكتب الدراسية لكليات الطب والعلوم الصحية باللغة العربية ، وبذلك تتحقق خطوة هامة ، وينتقل الأمر من مرحلة النقل من مصطلحات أجنبية إلى مرحلة التأصيل والتطوير والإبداع .

وبناء على ما تقدم وبعد الاجتماع مع عدد كبير من عمداء كليات الطب ، فقد رؤي أنه من المناسب أن تبدأ مرحلة تأليف الكتب الجامعية في بعض العلوم الطبية ، ووقع الاختيار في هذه المرحلة الأولية على الطب الشرعي وطب المجتمع والطب النفسي وبعد صدور كل من « الطب الشرعي » و« طب المجتمع » فإننا اليوم بصدد إصدار « الطب النفسي » .

وضماناً لحسن إعداد الكتاب وتقبُّله على نطاق واسع دعا الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري ، المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية ، إلى عقد اجتماع تحضيري لتأليف كتاب جامعي في الطب النفسي وبمشاركة عدد من الجامعات العربية .

وقد تم في هذا الاجتماع مناقشة الكثير من المواضيع الهامة بما في ذلك دور اللغة في النهضة العلمية وفي تثبيت الهوية والاستفادة من التراث وتأصيل المعرفة ومراجعة المصطلحات واختيار التصنيفات المناسبة .

وفي ضوء المناقشات التي تمت والآراء التي طرحت تم الإجماع على الأهداف من تأليف هذا الكتب والتي يمكن تلخيصها بما يلي :

1 ـ مساعدة الطالب على أن يدرس الطب النفسي على النحو الأمثل .
2 ـ تسهيل استيعاب الطب النفسي لطالب الطب العربي .
3 ـ تحديث الموضوعات العلمية في الطب النفسي .
4 ـ تأكيد أهمية تفاعل العناصر البيولوجية والاجتماعية والنفسية والروحية في الصحة والمرض .
5 ـ إثراء المكتبة العربية بالمؤلفات الطبية النفسية .

وقد سمى الكتاب « المرشد فى الطب النفسي » وهو موجَّه إلى طلبة الطب حتى يكون الممارس العام مزوداً بالمعرفة المطلوبة وبالمهارات الضرورية التي تمكنه من أداء دوره العملي في مجال الطب النفسي وفي المساهمة العملية على مستوى الرعاية الصحية الأولية ، وفي توفير الصحة للجميع . ولقد قام بتأليف هذا المرشد عدد من الأساتذة والاختصاصيين في الطب النفسي والعصبي ، وذلك تأكيداً لروح المشاركة والاستفادة من خبراتهم الثريّة .

وقد اشتمل الكتاب على النواحي النظرية والتطبيقية في علوم الطب النفسي ، كما تضمن في بعض فصوله وصفاً موجزاً وأسلوباً يستحث التفاعل والتحاور بهدف تعويد الطالب على معرفة وفهم طبيعة المرض النفسي والوصول إلى التشخيص الصحيح وتقديم العلاج الضروري .

وشملت فصوله المواضيع الأساسية وذات السمة الضرورية والعملية . ومما يجدر ذكره تخصيص جزء لأهمية النواحي الروحية والإيمانية ، وإفراد فصول خاصة بزيارة الطبيب وآداب المهنة وعلاقة الطبيب بالمريض وتاريخ الطب النفسى ، وهذا مما سوف يساعد على التأصيل والتمسك بالقيم الدينية والخلقية السوية والعلاقات الإنسانية الفاضلة . إلى جانب موضوع التصنيف الدولي الحديث للأمراض النفسية والذي سوف يساعد على تحديد نوعية هذه الامراض وتسجيلها ومتابعة واتخاذ الإجراءات العملية المناسبة ، علاجاً وتأهيلاً ، وفي رسم السياسية الصحية والنفسية المناسبة . واشتمل الكتاب أيضاً على أنواع العلاج المطلوب ، وقائياً ونفسياً واجتماعياً وعضوياً وتأهيلياً . واختتم الكتاب بفصل خاص بالطوارىء (الحالات الإسعافية والمستعجلة) النفسية وعلاجها . وكل ما نرجوه أن ينجح الكتاب في إرشاد طالب الطب العربي إلى فهم الطب النفسي بسهولة ويسر ويحقق الأهداف التي من أجلها تم تأليفه .

وبالله التوفيق .

تاريخ الطب النفسي

الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي

إن المرض النفسي قديم قدم الإنسان ، وعليه فإن الإنسان منذ فجر التاريخ بذل محاولات عديدة للعلاج مما يصيبه نفسياً وذلك وفقاً للمعالجات البدائية .

ومما يجدر ذكره أن المصريين والبابليين والآشوريين في حضاراتهم التاريخية القديمة قد تمكنوا من تسجيل بعض ملاحظاتهم الطبية وممارساتهم العلاجية في أوراق البردي والفخار والحجارة . وقد احتوت بردية كارن ـ مثلاً ـ على ثلاثين وصفة لأمراض مختلفة مرتبطة بتغيرات في الرحم. ومن هنا يرى البعض أن قدماء المصريين قد سبقوا بنحو عشرة قرون تعاليم بقراط عن مرض الهستيريا . علماً بأن بقراط قد زار مصر في القرن الخامس قبل الميلاد عندما كانت الإسكندرية مركزاً هاماً للعلوم والمعرفة ، وليس من السهل معرفة إلى أي مدى تأثر بقراط بالفكر المصري القديم في تكوينه النظري عن مفهوم الهستيريا ، وقد ظل هذا المصطلح مستعملاً في الكتب الطبية حتى الآن ، ولم يغير إلا مؤخراً في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية 1992) حيث حل مكانه مصطلحات أخرى .

ومن الطرق العلاجية النفسية الجديرة بالذكر هنا هي العلاج والنوم في المعابد . وهذه الطريقة قد ارتبطت باسم امحوتب ؛ الطبيب الوزير للفرعون زوسر (2980 ـ 2900 ق.م) والذي بني له معبد في جزيرة فيلة . والمعالجات النفسية التي كانت تقدم مثلاً التعاويذ والموسيقى والأعشاب تعكس الارتباط في ذلك الزمن بين الطب الكهنوتي priesthood medicine والطب التجريبي experimental medicine .

كما أن البابليين والآشوريين استعملوا بعض الأرقام المبنية على مفهوم القوى الخفية في المعالجات والتي مازالت مستعملة في الطب الشعبي التقليدي .

وقد ظلت أوربا في ظلام الجهل ونسبت أسباب الاضطرابات النفسية إلى الأرواح الشريرة وإلى الآثار الشيطانية حتى جاء عصر بقراط (460 ـ 380 ق.م) والذي نادى بالبعد عن هذه الآراء ، وعامل الاضطرابات النفسية بنفس أسلوب معاملة الأمراض الجسمانية ، وأدخل نظرية الأخلاط humours التي تركز على أن أسباب الأمراض تعود إلى اضطراب في أخلاط الجسم الأربعة وهي

الدم blood ، والبلغم phlegm ، والصفراء yellow bile ، والسوداء black bile . ولازالت آثار مثل هذه المصطلحات مستعملة حتى اليوم ، فنجد استعمال كلمة المرض السوداوي -melancho lia لحالات الاكتئاب النفسي .

وبالرغم من أفكار بقراط وأثارها البعيدة في المفاهيم الطبية ، فقد استمرت المفاهيم القديمة خلال العصور الوسطى في أوربا ، ولم تتغير أساليب العلاج المختلفة فى طرد الأرواح الشريرة والتي عانى منها كثيراً مرضى الاضطرابات النفسية .

وقبل أربعة عشر قرناً بزغ فجر الإسلام في الجزيرة العربية ، وأنزل الله القرآن الكريم على النبي صلوات الله عليه وسلامه ، وبالرغم من أن القرآن الكريم ليس بكتاب في الطب إلا أنه جاء معجزة خالدة لأنه يخاطب عقل الإنسان ووجدانه ، ومنه يتعلم المسلم عقيدة التوحيد ، وبه يسترشد إلى الطريق الأمثل في حياته ، وفي معاملاته، ووجد المسلمون في القرآن كل الأسس الهادية والمرشدة في نمو الإنسان ، وفي تحقيق المثل العليا في حياته الفردية والاجتماعية ، وقد جاءت الآيات القرآنية غنية بالعظات وداعية للشفاء النفسي ﴿ ونزلنا عليك الكتاب تبياناً لكل شيء وهدى ورحمة وبشرى للمسلمين ﴾ [1] .

﴿ ياأيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين ﴾ [2] .

كما دعا القرآن الكريم الإنسان إلى التفكير في نفسه ومعرفة سماتها وأسرارها ، إذ أن معرفة النفس تقود إلى معرفة الله سبحانه وتعالى : ﴿ وفي الأرض آيات للموقنين وفي أنفسكم أفلا تبصرون ﴾ [3] .

كما ذكر في القرآن أيات بينات عن أحوال النفس المختلفة والتي أشارت إلى النفس المطمئنة ... والنفس اللوامة ... والنفس الأمارة بالسوء ... ، كما وردت في القرآن الكريم أيات مرشدة عن الروح والعقل . كل ذلك أضاء طريق المعرفة لعلماء المسلمين ، وفتح مجالات ثرة في علوم الطب النفسي

وكان لانتشار الرسالة الإسلامية وتداخلها مع الحضارات الأخرى مثل حضارة الإغريق أثرها في المزيد من تطور الطب النفسي والذي اشتهر بعض من الأطباء فيه مثل الرازي (860 ـ 932 م) وابن سينا (980 ـ 1036 م) .

---

(1) سورة النحل 89 .
(2) سورة يونس ، الأية 57 .
(3) سورة الذاريات، الآية 20 ، 21 . .

وقد كانت لتعاليم الرازي أثارها البعيدة في النهوض بالطب بين الشعوب العربية ، والأوربية ، وقد عاش الرازي في زمان بعد جالينوس (131 ـ 201 م) وأرسطاطاليس عندما ظل الطب في أوربا في مستوى غير متطور لعدة قرون ، وكان من أهم مؤلفات الرازي كتابيه المنصوري والحاوي . وقد ترجم الكتابان إلى اللغة اللاتينية . وكان اهتمامه بالأثر النفسي في حالات المرض واضحاً من كتاباته ، حيث يدعو الطبيب آن يدخل الطمأنينة في نفس مريضة ويبشره بالشفاء ، حتى وإن لم يكن متآكداً من ذلك لأن مزاج الجسم خاضع للسلوك النفسي ...

وهناك أيضا كتاب ابن سينا المسمى القانون في الطب والذي يتضمن الكثير من تعاليمه وتجاربه ويؤكد فيه علاقة الأعراض الجسمانية بالأحوال النفسية .

ومن ناحية أخرى اهتم بعض علماء المسلمين بتفسير الأحلام ، وفي القرن الثاني بعد الهجرة كانت هناك إسهامات ثرة ممن تخصصوا في تفسير الأحلام مثل العالم الشهير ابن سيرين ، وأبدوا اهتماما كبيراً بالجانب اللاشعوري في الحلم والذي أشاروا إليه بالمكنون ، واهتموا كذلك بالخلفية الثقافية والاجتماعية وبالرموز التي ترى في الحلم .

وقد أبدى أئمة المسلمين اهتماماً كبيراً بعلاج المرضى النفسيين ، وقام بعض الخلفاء العباسيين بإنشاء المستشفيات أو البيمارستانات ، حيث أنشأ الخليفة المكتفي بالله العباسي مستشفى لهؤلاء المرضى ، وأوكل إدارة شؤونه للطبيب العالم أبي بكر الرازي ـ كما شيدت مستشفيات نفسية في القرن الثامن والقرن التاسع الميلادي في كل من بغداد ودمشق والقاهرة .

وكان أول مستشفى للطب النفسي في العالم في بغداد 705 م ، ولم تعرف أوربا المستشفيات النفسية إلا من خلال إسبانيا وذلك بتأثير الفتح الإسلامي وإنشاء المستشفيات في إسبانيا .

وفي مجال العلاج بالأدوية فقد كان لعلماء العرب فضل السبق ، وقد اشتهر منهم جابر بن حيان (702 ـ 765 م) ، وقد أشار العالم الشهير ابن البيطار في كتابه المسمى بالجامع إلى أكثر من 1400 دواء نفساني التأثير وذلك مؤشر هام لما حققه هؤلاء العلماء من تقدم .

أما بالنسبة لأوربا فقد كان عام 1795 بداية التحول في العلاج بالمستشفيات النفسية ، عندما قام بانيل في فرنسا بإعطاء حرية التصرف والمعاملة الإنسانية لمرضى الاضطرابات النفسية ، وقد تبعه على نفس النهج الإسباني كونولي . وفي نهاية القرن التاسع عشر وبداية هذا القرن طرأت بعض تطورت التقدم في الطب النفسي في بعض البلاد الأوربية فقد قام اختصاصي الأمراض العصبية النمساوي ، سيجموند فرويد بدراسة بعض الحالات المرضية والتي عزا أسبابها لأحداث لم يتذكرها المريض إلا بعد إخضاعه للتنويم النفسي ، وخلص من تجاربه إلى منهج التحليل النفسي psychoanalysis . وفي نفس الوقت بدأ أدولف ماير في الولايات المتحدة دراسة الحالات النفسية والتي عزا أسبابها إلى ردود انفعالات ، وطور أسلوباً جديداً سماه بالنهج البيولوجي النفسي psychobiology ...

وهكذا أصبح الطب النفسي يتطور وفق مناهج مختلفة .

وفي القرن الرابع عشر الهجري كان مستشفى قلاوون بالقاهرة يضم أربعة أقسام ؛ للجراحة ، والباطنة ، والرمد (طب العيون) والأمراض النفسية ، سابقاً أوروبا بستة مئة عام في تواجد الأمراض النفسية في مستشفى عام .

ومن الأشياء الأساسية التي يجدر ذكرها في تطوير العلاج النفسي العلاقة الأساسية بين المريض والمعالج ، ومنذ **منتصف هذا القرن** بدأ الانفتاح على علاج المريض في بيئة يرتاح فيها المريض نفسياً واجتماعياً . وعليه أنشئت الوحدات العلاجية النفسية في المستشفيات العامة ، وتطور علم النفس الاجتماعي psychosocial ، وتقدمت الخدمات الاجتماعية ، ولقي التأهيل العملي والمفيد أهمية خاصة ... كما أن مشاركة الأسرة والمجتمع والمؤسسات المختلفة في العناية بالمريض النفسي وجدت كل التأييد والسند .

ومنذ عام 1975 بذلت مساعي كثيرة لإدخال خدمات الصحة النفسية في مستوى الرعاية الصحية الأولية . وفي عام 1984 أصبح التعريف العالمي للصحة يشمل الجانب الروحي ، وكل ذلك علامات مبشرة في مستقبل الصحة عامة والصحة النفسية mental health خاصة .

إن التطور العلمي الذي حققه الطب النفسي والتقدم الواعد الذي تميز به العلاج النفسي الحديث كلها علامات تبشر بمستقبل عظيم في مجال الطب النفسي .

تعريـف الصحة النفسـية وماهيـة المـرض النفسي

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

من السهل تعريف الأمـراض البدنية حيث توجد مقاييس مـعروفة ومحددة متى حـاد عنها القياس اعتبرت الحالة مرضاً . فمثلاً درجة الحرارة العادية هي 37 مئوية (أو حول ذلك بقليل) فإذا وصلت درجة الحرارة إلى 38 فأكثر اعتبر الإنسان مصاباً بالحمّى ... وهكذا . أما في المرض النفسي mental disease فالأمر يختلف اختلافاً بيّناً ، حيث لا توجـد مقاييس محددة كمياً quantitatively ونوعياً qualitatively للسلوك يمكن بواسطتها أن نقيس السـلوك البشري في كل الأوقات عند كل الناس ، فهناك العوامـل الشخصـية حيث يختلف الأمر من فرد إلى فرد ، وهناك العوامل البيئـية والثقافية ، والعوامل التربوية ، وهكذا .

فإذا كان من الصعب أن نحدد ماهية المرض في الطب النفسي بشكل بسيط ومباشر مثلما هو الحال في الطب الجســمي ، فإنه يصعب كذلك تحديد ماهية الصحة النفسية mental health بشكل عام وشامل أيضاً .

وسنعـرض أهم ما توصّل إلـيه الاتفـاق حول هذين المـفهـومين « الصحـة health » و« المرض disease » فيما يتعلّق بالأمراض النفسية .

الصحـة النفسـية
mental health

توجد عدّة مفاهيم للصحة النفسية يجدر في البدء مناقشتها

1 ـ مفهوم غـياب الأعراض absence of symptoms : وهو المفهوم الذي يقول : إن الصحيح نفسياً هو من لا يشكي من أعراض نفسية . لكنّ هذا المفهوم يهمل الاضطرابات العامة للشـخصـيه ، مـثل الاضطرابات التي لا تظهـر في شكل أعـراض محـددة ، ولكن في شكل تصرفات وسـمات عامة ، كـما يهمل نوعيـة الصحة وتكاملها ، فـهو مفهـوم سـلبي يعرّف الصحة باختـفاء ما يتصوّر أنه عكسـها (الأعراض) .

2 ـ المفهوم الإحصائي : يقول هذا المفهوم إن الصحيح نفسياً هو الذي يشبه في سلوكه وتصرفه وتنوع حياته ما عليه أغلب الناس من حوله وفي بيئته .

وهذا المفهوم جيّد إذ يحترم ما اتفق عليه أغلب الناس على أنه « صحّة » ، لكنّه قد يستبعد فئة قد تختلف عن سائر المجموع لا لأنها مريضة ، ولكن لأن لها رؤية سابقة لأوانها ، أو نظرة نقدية ، أو إبداعاً خاصاً ، مثل بعض من يوصفون بأنهم العباقرة والأفذاذ والقادة والمفكرين .

3 ـ المفهوم المبني على طلب المعونة الطبية : وهو الذي يقول إنه مادام هناك بعض الناس عندهم الأعراض ولا يتوقفون عن ممارسة الحياة ، ولا يشكون بشكل خاص ، فإنه يستحسن أن نضيف إلى مفهوم الصحة أن من لا يذهب لاستشارة طبيب ، أو يأخذه أهله إلى طبيب أو معالج ، هو شخص سليم .

وهذا مفهوم خطر ، لأنه يهمل طلب المعونة الطبية دون أن يكون الإنسان سليماً ، ومثال ذلك عند من يقاسي من الصعوبة الاقتصادية ، وعدم توافر الإمكانيات المناسبة ، وفقد البصيرة ، وإهمال الرعاية وغير ذلك .

4 ـ المفهوم المرتبط بالتعوّق : وهو الذي يقول إن الصحة النفسية إنما تقاس بدرجة التعوق في المجالات الأساسية التي تجعل الحياة طبيعية ، وهي مجالات العمل والتكيف الاجتماعي أساساً .

وهذا المفهوم من أهم المفاهيم وأكثرها عملية ، حيث يرتبط مباشرة بفاعلية الإنسان وعلاقاته ، إلا أنه يتغاضى عن احتمال أن يكون التكيف والعمل هو على حساب الذات وتناسقها الداخلي وقدراتها الخاصّة والخلاّقة ، وكل هذا ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار حين نقرر ما هي الصحة النفسية .

5 ـ المفهوم الإيجابي للصحة النفسية : وهو جزء من المفهوم الإيجابي للصحة عامة ، وهو المفهوم الذي تبنته منظمة الصحة العالمية .

وهذا المفهوم الإيجابي للصحة يؤكد أنها ليست مجرد انتفاء المرض ، وإنما هي نوع من التوازن الفعّال الذي يجعل الإنسان متناسقاً مع نفسه ومع من حوله ، بما يحقق التكيّف والتوازن مع الذات ومع المجتمع بدءاً بالأسرة فالمجتمع الأصغر فما يليه ، وكذلك بما يحقق التوازن الإيجابي مع مجمل المجتمع الإنساني .

على أن بعض المفاهيم الهامة والمتعلقة بمجتمعاتنا العربية تضيف بُعداً هاماً : وهو التوازن مع الكون الأعظم بما يمنحه الإيمان الإيجابي من فرص أكبر لمثل ذلك .

وكذلك تضيف بعض المفاهيم الطـموحة أن الصحة النفسية لا تكتـمل إلا إذا أطلقت كافّة قدرات الإنسان إلى المستوى المناسب لها ، بما في ذلك قدراته الإبداعية الخلاّقة .

الخلاصـــــة

لمّا كان تعـريف الصحة بهـذه الصعوبة فلابد أن نـلتزم بتعريف عـملي ، يمكن قياسـه ، وإن كان نـسـبياً ، فنعرِّف الصحّة النفسية على الوجه التالي :

الصحـة النفسـية هي القدرة على ممارسـة الحياة العـملية والنشاط اليومي بطريقـة تحقق **الفاعليـة** العادية ، والاستقلال المناسب ، وكذلك تحقق **التكيف** مع المجتمع الأوسع ، وتعطي الفرص لممارسة القدرات ، وكل ذلك مع درجة من **التوازن** الذاتي تنتفي معها الدرجات الجسيمة من المعاناة .

أي إن الصحة النفسية هي الفاعلية والتوازن والتكيف مع الآخرين .

المرض النفســـي
mental disease

وعلى ذلك ففي مجـال المرض النفسي يمكن القول إن كل ما خالف هذا التعـريف الأخير يمكن أن يعتبـر مرضاً نفسياً ، ولكن ذلك ليس سـهلاً أيضاً ، واللغة العربيـة شديدة الثراء بما يصف المرض . فالمرض لغةً هو « كل ما يخرج الكائن الحي عن حد الصحـة والاعتدال من علّة أو نفاق أو تقصير في أمر » ، والمرض هو « النقص وهو الانحراف ، وهو الفـــتور ، وهو الإظـلام » ، وغير ذلك كثير . وهذا التعـدد اللغوي ينبه أيضاً إلى ضرورة التحديد ، وعلى ذلك نقول :

إن المرض النفســــــي هو حالة من التعـوق أو المعاناة الجسـيمة أو كـلاهما ، تؤثر على فـاعلية الإنسـان ، وعلى تـكيّفه الاجـتماعـي ، وعلى تصالحه النسـبي مع نفسـه ، وهذه الحالة يصـاب بها الشخص نفسه لدرجـة تعتبر سلبية إذا قيست بما كـان عليه قبل ذلك (في حالة الناضـجين) ، أو بما كان يُتوقّع منه أو يُتوقع له (في حالة الأطفال في ســـن النضج) .

وبإيجاز أكثر :

المرض النفسـي هو درجة جسيمة من الـتعوّق أو المعاناة أو التصادم مع الذات أو مع المحيطين أو الشذوذ السلبي عنهم ، أو من أي من هذه المظاهر معاً .

أخلاقيـــات المهنـــة

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق الحدي
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

يتعلق مـوضوع أخلاقـيات *ethics* المهنة في الطب النفـسي بقضـايا الصواب والخطأ ، بالنسـبة للتصرفات والدوافع من جانب الطبيب النفسي وفريقه المعالج تجاه المريض ، وأهمية هذه المسألة تتجلى في قضيتين .

1 ـ السـلطة المخوّلـة للطبيب النفسي على المريض

إن الطبيب النفسي ، وبحكم وظيفته ، يقوم بتقييم الحالة النفسية لإنسان آخر ، لذا فإنه في موقع يتميز بقـوة وسلطة على المريض ، ويجب أن يكون تبعاً لذلك حريصاً على ألا يـسيء استخدام هذه السلطة التي اؤتمن عليها ، والتي قد تصل إلى حد سلب المريض أهم حقـوقه كحرمانه من حريته في بعض الأحيان بإدخاله المستشفى ضد رغبته .

2 ـ الثقـة التي يوليها المريـض للطبيب

إن العلاقة بين المريـض والطبيب تتميز بخـصوصية كبـيرة ، وتبنى على الثقة التي يـوليها المريض للطبـــيب المعـالج ، وفي مجـال الطب النفسي بالذات يقـوم الكثير من المرضى بـالكلام عن أمور شخصية جداً ، ويكشفون عن أمور خاصة جداً قد لا يذكرونها لغيره . هذا ولا يخفى ما تحمله هذه الثقة من تبعات ومسؤوليات أدبية على عاتق الطبيب .

ومن الموضوعات التي تحتاج إلى شيء من التفصيل بهذا الخصوص ما يلي :

1 ـ ســـر المهنــة

يجب على الطبيب أن يوضح للمـريض أن كل المعلومات التي يدلي بها ستـخضع لسرية confi-dentiality تامة ، كما وأنه يجب أن يشرح له أنه يحتاج إلى تدوين بعض هذه المعلومات كي يتذكر ما تتم مناقشـته . ويجب على الطبيب أن يحصل على مـوافقة consent المريض إذا أراد أن يتحدث عن مـشكلته مع أي شـخص آخر سـواء كان من آقـاربه أو من أصدقـائه أو من الموظفين الذين يريد

الطبيب أن يشاركهم معه في رعاية المريض . ومما هو جـدير بالذكر أنه يصعب أحياناً التوفيق بين سر المهنة وبين الصالح العام ، كأن يشعر الطبيب مثلاً أن المريض على وشك أن يرتكب جريمة خطيرة في حق أحد النـاس ، فله هنا أن يقدم حق المجتمع في الحـماية على الضـروريات الأخرى للمصـلحة الواضحة .

2 ـ حقـــوق المريـــض

يجب أن يشارك المريض قدر المستطاع في اتخاذ القرارات المتعلقة به وبعلاجه ، وأن يبلَّغ أولاً بأول بالقرارات التي تُتَّخَذَ بشـأنه وأسـبابها ، خاصة في مجال العلاج كالأدويـــة الموصوفة له أو المعالجة المُزَامِنة لإيقـاع الدماغ brain synchronizing therapy وهو مـا يعرف بالصـدمـات الكهربيـة أو المعـالجة بالتـخليج الكهـربي electro convulsive therapy ، ECT ، ويجب ألا يعطى له أي علاج إلا بعـد شرح تفاصيله وآثاره الجـانبية ، وموافـقته على تلقـيه . وإذا كان المريض غيـر مؤهل لإعطاء مثل هذه الموافـقة لأسباب مـرضية فيـجب اتباع الخطوات المنصوص عليـها في سياسـة الجهة العلاجية للحصول على الموافقه من جهه الاختصاص في مثل هذه الحالات (الأهل والأقارب) .

ويجب التأكيد على حق المريض في احتـرام خصوصيته privacy وآدميته ، وإذا استدعت حالته المرضية سلبه بعض حـقوقه أو التضييق على حريته فـيجب أن يكون ذلك في أضيق الحدود الممكنة ، وطبقاً لسياسات واضحة تخضع للإشراف والمتابعة وللقانون الموجود في البلد .

3 ـ طبيعـــة العلاقـــة مع المريـــض

يجب أن يكون هناك فـرق بين احترام المريض والاهتـمام به من جـهة ، والتورط مـعه بعـلاقات حميمة قد تصل أحياناً إلى ممارسـات جنسية من جهة أخرى . إن تداخل عواطف الطبيب مع المريض يعيق الموضوعية objectivity اللازمة للعملية العلاجيـة ، لذا يجب المحافظة على الحدود التي تمليها عليه وظيفتـه في العلاقة مع المريض ، وإذا شعر الطبيب أن علاقتـه مع أحد المرضى قد خرجت عن الحدود المناسبة ، فيستحسن أن يحيله إلى طبيب آخر ، وأن يراجع الأخطاء التي أدت إلى ذلك الخلل في تلك العلاقة حتى لا تتكرر هذه المشكلة في المستقبل ، ووبالرغم من ذلك لابد من التأكيد على أن حب الطبيب لمرضـاه وإخلاصه لقـضاياهم ينعكـس إيجابيـاً على علاقته المهنـية معهم وعلى عـملية العلاج .

علاقة الطبيب بالمريض

بالرغم من أن العلاقة بين الطبيب والمريض من الأمور المحورية في كافة فروع الطب ، إلا أن لهذه العلاقة وضعاً خاصاً جداً في الطب النفسي . فالمقابلة (الزيارة الطبية) التي تتم بين المريض والطبيب النفسي هي أكبر من مجرد المحادثة اللفظية التي تتم بينهما . فمن بداية هذه المقابلة تفصح تصرفات المريض بطبيبه عن كثير من المعلومات التي تساعد الطبيب على استكشاف جوانب هامه تتعلق بشخصية المريض واتجاهاته . . كما أن علاقة المريض تجاه طبيبه تؤثر سلباً أو إيجاباً على رغبته في الإفصاح عن حقيقة مشكلته وأسبابها .

فإذا شعر المريض أن طبيبه مقبل عليه ولديه رغبة صادقة في تفهم مشكلته ومساعدته ، فإن ذلك يشجعه على أن يثق به ، مما يدفعه إلى أن يتحدث بصراحة وعمق حتى عن أدق مشكلاته الشخصية . أما إذا شعر المريض أن طبيبه غير مهتم بمشكلاته ، أو في عجلة من أمره أو ذو اتجاه انتقادي أو عدائي تجاهه ، فإن ذلك قد يجعله يحجم عن الإفصاح عن دخيلة نفسه . هذا ويحجم بعض المرضى عن الإفصاح عن بعض أمورهم الخاصة في المقابلة الأولى مع الطبيب ، وكثيراً ما تأتي هذه المعلومات في الجلسات التالية .

كما يجب على الطبيب أن ينظر إلى المريض من خلال منظار شامل ذي مستويات ثلاثة . في المستوى الأول يرى الجانب المرضي ، وفي المستوى الثاني يركز على التكوين النفسي للمريض من شخصية ودوافع ، وفي المستوى الثالث ينظر إلى الخلفية الاجتماعية والثقافية كأثر البيئة والأسرة والعادات والتقاليد . وهذه الطريقة تسمى بالنموذج البيولوجي ـ النفسي ـ الاجتماعي socio psychobiological .

وقد كان جورج إنجل أبرز من تبنى هذا النموذج كمدخل لتصور متكامل للمريض ، حيث أن كل عامل من العوامل الثلاثة يؤثر في العاملَيْن الآخرين . ولإثبات نظريته أجرى إنجل في عام 1971 م دراسة على مئة وسبعين حالة من حالات الوفاة المفاجئة sudden death على مدى ست سنوات ، وقد لاحظ أثناء دراسته أن الأمراض الخطيرة وحتى الوفاة قد تكون مرتبطة بالأزمات والصدمات النفسية ، ومن أمثلة هذه الأزمات التي سجلها : وفاة شخص عزيز ، الحداد والذكريات السنوية للمآسي ، انحفاض الروح المعنوية ، الشعور بالخطر أو التهديد ، وحتى بعض حالات النشوة والسعادة الشديدة المفاجئة .

وتعتبر علاقة الطبيب بالمريض في النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هامة جداً . فكما يجب على الطبيب الإلمام بحالة المريض الطبية ، يجب عليه أيضاً أن يكون متفهماً لتكوينه النفسي وبيئته

الاجتماعية والثقافية ، وكيفية تأثير هذه العوامل على حالته المرضية واستجاباته الانفعالية لها ، وطبيعة ارتباطه مع طبيبه تبعاً لذلك . ومن المفاهيم الهامة في العلاقة بين الطبيب والمريض مفهوم الإسقاط (الطرح) projection والإسقاط (الطرح) المقابل **antiprojection** ، وهو العملية التي يسقط بها المريض مشاعره التي تنتمي إلى شخصيات سابقة في حياته على المعالج النفسي ، وبالتالي يتمثل المعالج النفسي من الناحية العاطفية ، كما لو كان شخصاً سبق أن التقى به في حياته الماضية ، ويتم ذلك من خلال عملية الإسقاط التي يقوم بها المريض بإضفاء صور اختزنها في نفسه من الاستدماجات القديمة ، والتي تجعل للمعالج مكانة ومعنى عاطفي كانا لشخص سابق في حياته . لذا يجب على الطبيب ملاحظة اتجاه عواطف المريض نحوه بعناية خلال فترة العلاج ، والمحافظة على اتجاه موضوعي ومحايد ، مع شرح تفسيرات الإسقاط للمريض إذا ارتأى أن ذلك ضرورياً ، أو مفيداً للعملية العلاجية . وهناك أيضاً الإسقاط (الطرح) المقابل من المعالج إلى المريض ، وفي هذه الحالة تحدث عملية إسقاط عاطفي من الطبيب على المريض ، ولكي يحترز الطبيب منه ينبغي أن يتفحص مشاعره نحو المريض سلباً أو إيجاباً بطريقة مستمرة ، فإذا شعر أنه يميل إلى المريض أكثر من اللازم ولديه نزعة غير عادية للاستغراق في مشاكله ، أو في الجانب الآخر ، إذا شعر بنفور منه أو عداء تجاهه ، فقد يكون سبب ذلك إسقاط مقابل حيث يحل المريض مكان شخص هام في حياة الطبيب الماضية .

وبصفة عامة يجب أن يكون الطبيب النفسي في علاقته مع مريضة كالمرآة التي يرى فيها المريض نفسه ، ويكون دور الطبيب هو مساعدته على فهمها وتقويمها ، كما يجب أن يكون دائماً مستعداً للتدخل لتقديم المساندة والإرشاد في الأوقات والظروف المناسبة .

الوبائيات epidemiology
والسَّبَبيَّات etiology

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي

الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني

وبائيات الأمراض النفسية

تعتبر دراسة الوبائيات epidemiology أمراً أساسياً في الطب . ذلك أنها تُعين ـ في الطب النفسي ، كما هو الحال في التخصصات الطبية الأخرى ـ على تحقيق أهداف متعددة منها :

1 ـ تحديد مدى الانتشار الحقيقي للاضطرابات النفسية بين مختلف المجموعات (مجمل السكان ، مرضى الأطباء العامين مثلاً) .

2 ـ البحث عن العوامل المسببة ، والتي تساعد معرفتها في وضع استراتيجيات للوقاية من الاضطرابات النفسية .

3 ـ تمكين المسؤولين في مجال الصحة العمومية من وضع برامج تكيف المصالح الصحية مع الرغبات الحقيقية للسكان .

4 ـ تحقيق التلاؤم بين تدريب العاملين في مجال الصحه وبين الحاجات الواقعية للسكان ، مع ترتيب الأولويات .

ولقد نشرت منذ القرن التاسع عشر إحصائيات متعددة في كتب ومقالات مختلفة ، لكنها لا تتعلق إلا بجوانب متناثرة من الطب النفسي . وكان لابد من انتظار سبعينات هذا القرن لتظهر دراسات علمية ، ملتزمة بمنهجية دقيقة في مجال وبائيات الأمراض النفسية . ولقد لعبت كل من منظمة الصحة العالمة والمؤسسة الوطنة للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأميركية دوراً رائداً في هذا المجال . كما أنجزت دراسات جيدة في دول شمال أوروبا وفي إنكلترا وسويسرا .

ولقد لعب عاملان مهمان دوراً أساسياً في هذا الازدهار وهما تطوير أدوات المقابلة النفسية المعيارية standardized interviews من جهة ، والجهد الضخم المبذول في الطب النفسي لتوضيح المفاهيم ، ووضع تصنيف للأمراض يستند على مبادىء أكثر علمية من جهة أخرى . ويمكن أن يكون الطب النفسي التخصص الطبي الأكثر إنتاجاً في مجال توضيح العديد من المفاهيم المستعملة (مثل الأعراض والمتلازمات والاضطرابات) على مدى العقدين الأخيرين .

ثم جاء تصنيف الاضطرابات النفسية الذي وضعته الجمعية الأميركية للطب النفسي (DSM III في سنة 1980 ، وDSM II R في سنة 1987) ثم المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية (ICD 10 في سنة 1992) ليشكلا منعطفاً حاسماً في تطور الوبائيات النفسية . إذ أن ما يميز هذين التصنيفين هو خلفيتهما المنهجية التي تسهل الطريقة العلمية لتناول الأعراض والتشخيص والتي تتمثل باستعمال محاور متعددة للتشخيص (واحد للأعراض ، وآخر للشخصية ، وثالث للاضطرابات العضوية التي يشكو منها المريض إلخ) إلى جانب استعمال منهجي ومطرد لمعايير تشخيصية ، مما مكّن من إجراء أبحاث علمية على كل واحد من تلك المعايير بهدف إثبات صلاحيته أو عدم صلاحيته .

انتشار الاضطرابات النفسية

إن أشمل دراسة تم القيام بها في مجال وبائيات الطب النفسي هي تلك التي أنجزت بالولايات المتحدة الأميركية تحت اسم منطقة استجماع الخدمات الإبيديميولوجية "Epidemiological Catch-ment Area" ما بين سنتي 1980 و 1985 . وهي دراسة قامت بها خمسة مراكز جامعية أميركية مختلفة على عيّنة ممثّلة لمجموع السكان تضم أكثر من 20000 شخص تزيد أعمارهم على 18 سنة . وأثبتت الدراسة هذه أن انتشار prevalence الاضطرابات النفسية (أي عدد الحالات الموجودة داخل المجموعة السكانية في وقت معين) ، بما في ذلك إدمان الكحول والمخدرات ، يزيد على 15 في المئة

مدى انتشار الاضطرابات النفسية بين الأفراد الذين يزيد أعمارهم عن 18 سنة
(عن Regier *et al.*-Arch. Gen. Psychiatry- 1993; 50-85-94)

الاضطراب	على مدى شهر	على مدى سنة
جميع أنواع الاضطرابات بما فيها إدمان الكحول والمخدرات	0.4±15.7	0.5±28.1
جميع أنواع الاضطرابات ماعدا إدمان الكحول والمخدرات	0.4±13.0	0.4±22.1
الفُصَام / الاضطراب الفُصَامي الشكل	0.1±0.7	0.1±1.1
الاضطراب العاطفي (الوجداني)	0.2±5.2	0.3±9.5
ـ الثنائي القطب	0.1±1.2	0.1±1.2
ـ الاكتئاب الأحادي القطب	0.1±1.8	0.2±5.0
ـ اضطراب المزاج	0.2±3.3	0.2±5.4
اضطرابات القلق	0.3±7.3	0.3±12.6
ـ الرُهَاب	0.2±6.3	0.3±10.9
ـ اضطراب الهَلَع	0.1±0.5	0.1±1.3
ـ الاضطراب الوسواسي القهري	0.1±1.3	0.1±2.1
الاضطرابات الجسدية الشكل	0.0±0.1	0.0±0.2
اضطرابات الشخصية المستهينة بالمجتمع	0.1±0.5	0.1±1.5
الاضطرابات الذُهَانِيَّة الشديدة	0.1±1.7	0.1±2.7

في الشهر الواحد ، و28 في المئة في السنة . وهذا يعني أنه على مدى سنة واحدة ، يعاني أكثر من شخص واحد من بين أربعة أشخاص من مجموع السكان من اضطراب نفسي أو يدمن الكحول أو المخدرات بالولايات المتحدة (انظر الجدول 1) .

أما أهم النتائج المرتبطة بالاضطرابات النفسية في هذه الدراسة فهي كالتالي :

ـ تشكل اضطرابات القلق (اضطراب القلق العام ، واضطراب الهَلَع ، واضطرابات الرُّهاب ، والاضطراب الوسواسي القهري ، والاضطراب التَّالي للرَّضْح) أكثر أنواع الاضطرابات النفسية انتشاراً (أكثر من 12 في المئة من مجموع السكان على مدى سنة واحدة) . وفي هذا الاتجاه فقد اكتشف أن الاضطراب الوسواسي القهري منتشر ستين مرة أكثر مما كان مقدراً من قبل (2 في المئة من مجموع السكان على مدى سنة واحدة) . وقد كان ذلك التقدير مبنياً على اعتقاد الأطباء النفسيين على أنه اضطراب نادر بسبب قلة المصابين به الذين يطلبون المشورة من الطبيب النفسي . إن هذا المثال يبين الأهمية القصوى للأبحاث في مجال الوبائيات النفسية والتي تنجز انطلاقاً من عينات ممثِّلة لمجموع السكان ، إذا أردنا معرفة الخريطة الدقيقة لتوزيع الأمراض بينهم ، وتجدر الإشارة إلى أن أغلب اضطرابات القلق قد سجلت لدى الإناث (أنثيين مقابل ذكر واحد) .

ـ أما النوع الثاني من الاضطرابات الأكثر انتشاراً فهي الاضطرابات العاطفية (الوجدانية) (أكثر من 9 في المئة من السكان على مدى سنة) . أما باقي الاضطرابات فهي أقل انتشاراً .

لكن السؤال الذي يطرح نفسه هو ما إذا كانت هذه الأرقام الكبيرة (والتي ليست على كل حال أكبر من أرقام انتشار فرط ضغط الدم مثلاً بين مجموع السكان) هي نفسها على اختلاف الدول والثقافات ، كما أثبتت ذلك دراسة واسعة النطاق أنجزتها منظمة الصحة العالمية ، فهي تتراوح بين 0.5 و1 في المئة دون تمييز بين الدول المصنّعة والدول النامية . الشيء الوحيد الذي يختلف في هذه الدراسة هو شكل تطور المرض ، والذي يبدو أفضل لدى مرضى الدول النامية منه لدى مرضى الدول الصناعية ، والتفسير المفترض لهذه الظاهرة هو بقاء الأسرة الموسعة **expanded family** وانتشارها المهم في البلدان النامية .

وكمثال ، فإن عدداً من الأبحاث في مجال الوبائيات التي أنجزت في بلد عربي (الدار البيضاء ، المغرب) أعطت النتائج العامة التالية :

ـ بالنسبة لمجموع السكان :

- نسبة انتشار الأرق تتعدى 11 في المئة في عيِّنة ممثِّلة لمجموع السكان البالغين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و45 سنة في هذه المدينة .
- نسبة استهلاك الأدوية النفسية تبلغ حوالي 6 في المئة في عينة ممثلة لمجموع السكان .

- بالنسبة لمرضى الأطباء العامين : أكثر من 15 في المئة من مراجعيهم مصابون بالاكتئاب وحوالي 1 في المئة بالفُصَام ، وأكثر من 40 في المئة من الأطفال الذين يزيد عمرهم على خمس سنوات يعانون من سلس البول .
- بالنسبة لمرضى أقسام المصحَّات النفسية 8 في المئة منهم يعانون من اضطراب عضوي ، يرتبط في أكثر الحالات ارتباطاً مباشراً بالاضطراب النفسي .
- بالنسبة للمجموعات المختلفة :

• الجامعيون : حوالي 15 في المئة من طلبة إحدى الكليات يتناولون المخدرات (الحشيش) بصورة متقطعة ، و4 في المئة منهم يتناولونها بصورة مستمرة .
• المرضى الذُهَانيون psychotic الذين يتناولون مضادات الذُهَان : نسبة انتشار عسر الحركة المتأخر يتراوح بين 10 في المئة و64 في المئة ، حسب عمر المريض ومدة المرض .

إن هذه الأرقام تشبه إلى حد كبير تلك التي تشير إليها نتائج الدراسات الغربية (ماعدا ما يخص الاضطرابات العضوية عند مرضى أقسام المصحات النفسية) . كما أن كثيراً من الأبحاث المنجزة في الدول النامية . ومنها خصوصاً بعض الدول العربية ، انتهت إلى نتائج مطابقة تماماً للنتائج المسجلة في الدول الصناعية . وهذه الأرقام لها تطبيقات عملية مباشرة مرتبطة بالتخطيط في مجال الصحة النفسية لأن المسؤولين في بلداننا النامية ينظرون عادة إلى الطب النفسي وإلى الصحة النفسية على أنهما تخصصان قليلا الأهمية في الميدان الطبي . وهم يستندون في ذلك إلى أن هناك أولويات أخرى في مجال الصحة العمومية مثل الأمراض المُعْدية والسارية وسوء التغذية ، ووفيات الأطفال .

ولم يدرك أولئك المسؤولون أن الفرد يمكن أن يصاب في آن واحد بمرض نفسي وآخر عضوي (سلّ ، وفُصَام ، أو كيسة مائية واكتئاب مثلاً) . وهذا يعني ضرورة إعطاء هذا التخصص الطبي كل وسائل العمل اللازمة له . وهو أمر تتضح أهميته أكثر إذا علمنا أن ثلث المرضى الذين يراجعون الأطباء العامين لا يعانون من أي مرض عضوي ، مما يستلزم الاعتناء لديهم بالجوانب النفسية والاجتماعية . ويؤدي خطأ تشخيص الاضطرابات النفسية بوصفها اضطرابات عضوية ليس فقط إلى طول معاناة المريض ، ولكن أيضاً إلى خسارة مادية يمكن أن تكون كبيرة (فحوص تكميلية غير مفيدة ، إفراط في تناول الأدوية ، الربح الضائع بسبب المرض) . وبهذا فإن عدم توفير الإمكانيات الضرورية لتخفيف معاناة المرضى النفسانيين يتجاوز حدود مخالفة أخلاقيات الطب والصحة إلى إحداث خسارة اقتصادية .

ومن الجدير بالذكر أن الآراء المسبقة والسيئة عن الطب النفسي موجودة في كل دول العالم ، بما فيها الدول الصناعية . وهو ما يفسر أن الدراسة الأميركية أوضحت أن ربع المرضى الذين يعانون

من اضطراب نفسي فقط يستشيرون أطباء غير مختصين بالطب النفسي . إن الوبائيات النفسية هي أساس الطب النفسي . ولا يحتل كل تخصص طبي إلا المكانة التي تعطيها له الدراسات في مجال الوبائيات . والطب النفسي في العالم العربي بحاجة ماسة إلى أبحاث في ميدان الوبائيات ، فالوبائيات هي الطريقة المثلى لتطوير البحث النفسي في ميادين أخرى .

سَبَبِيَّات etiology الاضطرابات النفسية

إن الحديث عن أسباب الاضطرابات النفسية قديم جداً ، وقد كانت التفسيرات الأولى التي صاغها الإنسان للاضطراب النفسي مرتبطة بظواهر تنسب إلى ماوراء الطبيعة (مس من الجن أو سحر مثلاً) . ويستمر وجود هذه التفسيرات بصورة كبيرة في كل البلدان النامية ، وخصوصاً منها البلدان العربية . أما أول تفسير يحاول أن يربط الاضطرابات النفسية بالبنية العضوية فيعود إلى بقراط من خلال نظريته حول الأخلاط .

وليس هناك سبب وحيد للاضطرابات النفسية ، بل إن تضافر عوامل متعددة هو الذي يؤدي إلى اختلال توازن الفرد والدفع به إلى الاضطراب النفسي . والأنواع الثلاثة الرئيسية من العوامل المسببة للاضطرابات النفسية هي العامل الوراثي والعامل التربوي والعامل البيئي .

العوامل الوراثية
hereditary factors

كانت الفكرة المسيطرة إلى حدود سنة 1980، هي أن الذُهانات psychoses ذات منشأ وراثي ولها أساس بيولوجي ، أما العُصابات neurosis فتجد جذورها في النمو غير الطبيعي لشخصية الفرد ، وعلاجها الأمثل نفسي وليس غيره . إن وجهة النظر هذه قد روجعت من أساسها منذ أن أثبتت دراسات عدة أهمية العالم الوراثي في كثير من العُصَابات ، وأن لها ذات الأهمية في الفُصَام أو في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب مثلاً . وقد برهنت على ذلك الدراسات بالنسبة لعُصَابات متعددة كاضطراب الهَلَع panic disorder ، واضطراب الرُهَاب phobia disorder (وخصوصاً الرُهَاب الاجتماعي ورُهَاب الدم والجروح) ، والاضطراب الوسواسي القهري ، بينما لا يظهر لحد الآن أن هناك عاملاً وراثياً وراء اضطراب القلق العام ، والاضطراب التحويلي conversional ، والاضطراب التالي للرضح .

إن هذا المفهوم الجديد للاضطرابات المعروفة قديماً بالعُصَابات neuroses قد شجع كثيراً البحث البيولوجي في هذا المجال ، إلى أن الاضطراب الوسواسي القهري يعتبر الآن لدى كثير من الباحثين

مرضاً عصبياً نفسياً مصاحباً لآفة في نوى قاعدة الدماغ . لكن هناك نتيجة أخرى مهمة هي الاستعمال المتزايد للأدوية النفسية (وبالخصوص المثبطات النوعية لاسترداد السيروتونين specific serotonine reuptake inhibitors في علاج بعض الاضطرابات العُصَابية) .

كما أن العلاجات السلوكية أوضحت العلاج النفسي المفضل لمثل تلك الاضطرابات .

وتعتمد الأبحاث في المجال الوراثي على دراسة لعائلات يعاني أحد أفرادها أو أكثر من الاضطراب المراد دراسته . لكن المفيد أكثر هو دراسة التوائم وحيدة الزيجوت monozygote لمعرفة درجة توافق ذلك مع اضطراب معين بالمقارنة مع التوائم ثنائية الزيجوت أو مع الإخوة والأخوات . وقد ثبت أن التوافق في الإصابة باضطراب معين لدى التوائم وحيدة الزيجوت وفي حالة وجود عامل وراثي ، أعلى إحصائياً منه لدى التوائم ثنائية الزيجوت أو لدى باقي الإخوة والأخوات . لكن يمكن أيضاً القيام بدراسات لدى الأطفال بالتبنِّي لقياس درجة التوافق في الإصابة بينهم وبين الآباء البيولوجيين من جهة ، وبينهم وبين آبائهم بالتبني من جهة أخرى .

لكن يجب الإشارة إلى أن وجود عامل وراثي لا يعني حتمية الإصابة بالاضطراب النفسي ، كما أن إصابة أحد الأبوين أو كليهما بمرض نفسي لا يؤدي بالضرورة إلى إصابة الأبناء أو الأحفاد به . لذلك يجب طمأنة عائلات المرضى النفسيين على أن العامل الوراثي ليس سبباً للمرض ، إنما هو عامل من بين عوامل متعددة ومتشابكة .

العوامل التربوية
educational factors

من الواضح أن شخصية الإنسان تتأثر إلى حد كبير بالتربية التي يتلقاها داخل الأسرة . وتساعد هذه التربية في تنمية الذات لدى الفرد ، عن طريق الحب ، واحترام شخصية الطفل ، والمنهج السليم . لكن إذا تعرض الطفل ، لسبب أو لآخر ، لصعوبات كبيرة ، فإن ذلك يمكن أن تكون له تأثيرات سلبية على نمو شخصيته ، مما يجعلها هشة وسريعة التأثر بمشاكل الحياة . ويعتبر غياب الأم واحداً من أكبر تلك العوامل السلبية ، فإذا وقع مبكراً (في الشهر السادس من عمر الطفل مثلاً) واستمر لفترة طويلة ، فإن الطفل يكون معرضاً للإصابة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب (وقد وصفه Spitz وصفاً جيداً) أو حتى الذُهان . كما ثبت أن الأطفال الذين يفقدون أحد أبويهم قبل سن الخامسة معرضون أكثر للمرور بفترات اكتئابية فيما بعد .

إن واحداً من التحديات الكبرى التي تواجهها اليوم الصحة النفسية ببلداننا العربية هو شيوع التربية التقليدية المبنية على غياب المبادرة وعدم احترام شخصية الطفل ، مع أن العالم الصناعي الذي نحتك به يفرض علينا مزيداً من المبادرة ومن استقلالية الشخصية . وهذا يخلق المشاكل على المستويين الثقافي والاجتماعي .

عوامل البيئـــة المحيطـــة
environmental factors

وهي لا تضم فقط الأحداث التي تقع لـلفرد ، ولكن أيضاً كل ما يمكن أن يؤثر تأثيراً مـهماً على حياته وتفاعله مع وسطه .

ورغم أن الأحداث الطارئة فـي حياة الفـرد مهمـة جداً ، إلا أن دورها في ظهـور المرض النفسي مبالغ فيه جداً من قبل أهل المرضى . إننا نسمع كثيراً أن فـلاناً مرض مرضاً نفسياً بسبب صدمة ناتجة عن حدث طارىء في حيـاته مثل فراق شخص عـزيز ، أو موته ، أو فشل في امتـحان ، أو حادثه خطيرة . لكن يجب الانتباه إلى أن جميع الذين يفـشلون أو يتعرضون لموت أحد أقربائهم لا يصابون بمرض نفسي . وأكبر مثال على ذلك أن أفراد أسرة واحدة (من إخوة وأخوات) ، إذا تعرضوا لنفس الصدمة في حياتهم (حرب ، أو أب مدمن عنيف مثـلاً) ، يمكن لأحدهم أن يصبح مريضاً نفسياً ، لكن الباقين يتجاوزون الصـدمة دون تأثيرات سلبية خطيرة على حياتهم النفـسية. وهذا الأمر يوضح بجلاء تعدد عـوامل الأمراض النفسية وتشـابكها . أما العوامل البيـئية الأخرى فهي مـتعددة وترتبط بطريقـة العيش (كـون المجتـمع يدفع بالشـخص إلى الإدمان مـثلاً) ، أو المناخ (يبـدو أن المرضى الفُصَـاميين يولدون أكـثر في الشـــتاء) ، أو الثـقافـة (التخلـف العقلي يمكـن أن ينتج عن علاج تقليدي غير مناسب لمرض مُعْدٍ) .

إن المرض النفسي ، إذن ، ينتج عن عـدة عوامل : بيولوجيـة ونفسية واجـتماعية . وهـذا يفسر ضرورة تعدد أساليب المعالجة النفسية والمعالجة الاجتماعية .

الوقايـــة

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور طه بعشـــر

سبق أن ذكرنا أن هناك عدة أسبـاب للاضطرابات النفسية ، فمنها الوراثية والعضوية والاجـتماعية والنفسية . وفي بعض منها قد لا تكون الأسباب واضحة تماماً .

وعندما نبحــــث عن طرق الوقاية ، من المهم أن نذكـر أنه في كثير من الحالات ربما يكون هناك أكثر من سبب واحد ، وهذا ما يجب أخذه في الاعتبار عند معالجة هذه الأسباب .

وإلى جانب التقدم المستمر الذي حدث في معرفة طبيعة وأسباب الاضطرابات النفسية ، فإن هناك اهتماماً متزايداً في اتخاذ الإجراءات المناسبة للارتقـاء بمستوى الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية المختلفة التي تصيب الإنسان .

ولتبسـيط مفهوم الوقاية ، ووفـقاً للعرف الطبي ، من المناسب بحث هذا الموضوع في مـستويات ثلاثة وهي الوقاية الأولية والوقـاية الثانويّة والوقاية الثالثيّة . وتشـمل الوقاية الأولية primary prevention الإجراءات التي يمكن اتخاذها للسيطرة أو لخفض نسبة حدوث incidence حالات مرضية معـينة بين السكان الذين لا يعانون منهـا . وهناك أمثلة كـثيرة مـثل التمنيع immunization ضد الأمراض المعدية التي تصيب خلايا الدماغ وبالتالي تؤثـر على العقل مثل التهاب السحايا ، أو العناية الوقائية أثناء الحمل حتى لا يصــاب الجنين بأمراض مثل الحميـراء rubella (الحصبة الألمانية) التي قد تؤدي إلى تخلف عقلي .

أما الوقاية الثانوية secondary prevention فتتم بتشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية في الوقت المناسب ثم العمل على علاجها حتى يمكن السيطرة عليها وتخفيف أثرها إلى أدنى مستوى بين المتأثرين بها. مثـال ذلك اكتشاف بعض الأعراض الجســمانية والنفسية بسبب اضطراب الغدة الدرقية لنقص في مادة اليود وبالتالي تتخذ الإجراءات المناسبة علاجياً ووقائياً .

أما الوقـاية الثالثـية tertiary prevention فهي تتكون من الإجـراءات التي يجب اتخاذها عند الإصابة بالمرض ، وتهدف إلى السـيطرة على الاضطرابات النفسية الناجـمة عنه ، والوقاية من تدهور حالة المريض نفسياً وجسمانياً واجتماعياً ، وبمساعدة المريض وأسرته يتم التأهيل المناسب له لكي يعود إلى حالته الطبيعية .

وعند بحث التدبيرات الوقائيــة في المستويات الثلاثة المشار إليها آنفـاً ، فمن المناسب أن نشير إلى مراحل الحياة المختلفة بدءاً بطور الرضاعة ثم الطفولة والصبا ثم الشباب فالشيخوخة .

الوقايــة الأوليـــة
primary prevention

ومما يجدر ذكره هنا أن عامـل الوراثة قد يكون سبباً من الأسباب الرئيـسية في بعض الاضطرابات النفســية . فإذا أخذنا مــرض الفُصَام كمـثال ، نجد أن عــامل الوراثة يشكل نحو 10% إذا كان أحد الوالدين مصاباً به ، ثم تزيد هذه النسبة إلى 40% إذا كان الوالدان مصابـين ، وقد لا تظهر أعراض هذه الاضطرابات النفســية إلا إذا تعرض الشخص إلى مــسببات أخـرى يمكن أن تكون اجتمـاعية أو نفسيــة ، وكل ذلك يستوجب الوقاية منـها والعمل على تفاديهـا . ومن الأشياء الأساسـية في طور الرضاعة والطفولة الاهـتمام بالجوانب العاطفية والعـضوية التي تكفل للطفل النمو الصحيح جـسمانياً ونفسياً ، ولابد من التـأكيد هنا على أن صحة الطفل النفسيـة تنمو عن طريق الرباط العاطفي والحنان الأبوي ، وهناك الحاجـة إلى العناية والرعاية والتوجيـه في أطوار الطفولة المختلفـة ، ويمكن للطبيب المشرف على صحة الأم أثناء الحـمل والرضاعة والطفولة بمساعدة الأبويـن على الارتقاء بصحة المولود وتبصيرهما فيما يمكن عمله وقاية وعلاجاً .

وكمـا هو معروف ، فـإن الطفل أثناء نضجه يمر بمـراحل متعـددة ، فهو يسـتطيع رفع رأسه من الوسادة في سن أربعة شهور ، ويجلس في سن ستة شهور ثم يقف عندما يبلغ عمره عاماً ، ويمشي دون سند في ثمانية عشر شهراً، ثم يبدأ التحكم في عـملية التبرز والتبول ، كما يكتسب القدرة على الكلام عند سن السنتين ، ويطعم نفسه في سن الثالثة ، وهكـذا يستمر في النماء والنضوج . ويمكن للطبيب متابعة حالته وتشخيص الأسباب والعمل على الوقاية والمعالجة . كما يمكن للطبيب أن يخفف الضغوط النفسية على الطفل نتيجة عدم فهم الوالدين لمراحل النمو الطبيعي للطفل .

أما في مراحل الدراسـة فإن تنظيم برامج للصحة النفـسية يساعد علـى تفهم المشاكل الاجتمـاعية والنفسية ، وعلى تحسين البيئة المدرسية ، وعلى تطوير الدور الذي يمكن أن يقوم به المدرس في الوقاية من الضغوط النفسية والعاطفية ، والارتقاء بالعلاقات الاجتماعية ، ونمو الشخصية .

وكذلك يمكن للطبـيب أن يساعد في تحقيق الجـو المناسب في بيئة العمل وفي مـيادين الصناعة ، الأمر الذي يخفف الضغوط النفسية والاجتماعية وبالتالي يساعد في الوقاية من الاضطرابات النفسية .

كمـا أن هناك دوراً هاماً للوقـاية من الاضطرابات النفـسية في مـرحلة الشيـخوخـة نظراً لحدوث التغيرات الجسـدية والنفسية والاجتماعية ، وهنا يجب مـواجهة العوامل التي ربما تؤدي إلى زيادة هذه التغيـرات مما يعرض المسن للإصابة باضطرابات الشـيخوخة ، ومن هذه العوامل مـشكلة الإحالة إلى

التقاعد والعزلة الاجتماعية ، أو بُعد أفراد الأسرة أو وفاتهم . والمشكلة هنا تتجاوز حدود الوحدة الصحية لتشمل محيط الأسرة خاصة والمجتمع عامة ، وعليه لابد من مساعدة المسن في حدود ما تبقى له من قدرات جسدية ونفسية في تقبل التغيير ومواجهة الحياة الجديدة .

الوقايــة الثانويـــة
secondary prevention

كما سبق ذكره فمن المناسب بحث موضوع الوقاية الثانوية ابتداء من مرحلة الطفولة ، حيث أن الاكتشاف المبكر لحالات الأطفال المصابين ببعض الأمراض المُعْدِيَة مثل التهابات الدماغ أو نقص الغذاء (مثل الكواشيوركور) والعمل على علاجهم سوف يجنبهم الكثير من المضاعفات التي تؤثر على حالتهم العقلية والنفسية .

ومن المجالات الهامة التي يمكن أن يتم فيها اكتشاف حالات الاضطرابات العقلية والنفسية مبكراً إجراء الكشف الطبي على تلاميذ المدارس ، فقد يصاب بعضهم باضطرابات نفسية نتيجة الفشل الدراسي أو لأسباب أسرية واجتماعية ، وقد يعاني بعضهم من أسباب عضوية مثل ضعف النظر أو السمع . وقد يصاب بعض الأطفال باضطرابات الكلام ، مثل حالات اللجلجة والتي تحتاج إلى التعرف على أسبابها والتأكد من أن الطفل المريض بها لا يعاني من أسباب عضوية في الجهاز العصبي وأجهزة الكلام والسمع ثم معالجته نفسياً وتدريبه عملياً على النطق بالطريقة الصحيحة وإشراك الوالدين في علاج الطفل وتدريبه بطريقة صحيحة .

ثم هناك خطر استعمال الأدوية المنبهة والمخدرة بين الشباب ، واكتشاف الحالات مبكراً سوف يساعد كثيراً في علاجها والوقاية من الإدمان عليها . وفي سياق التحدث عن تلاميذ المدارس والشباب فإن التعاون بين الطبيب ومرافق الصحة المدرسية ومجموعة المدرسين وخاصة المشرفين على الطلاب سوف يسهم كثيراً في التعرف على مشاكلهم واضطراباتهم النفسية وإيجاد العلاج المناسب لها قبل أن يستفحل أمرها .

وتدل الأبحاث التي أجريت على حالات المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجية أن هناك نسبة هامة تصل إلى عشرين في المئة تعاني من اضطرابات نفسية ، وفي استطاعة الممارس العام من ذوي التوجه الصحيح والمعرفة والمهارة القيام بفحص حالة المريض المصاب بالمرض لكي يتعرف على طبيعة هذه الأمراض منذ بداية ظهورها ثم يبادر في علاجها . ومما يجدر ذكره هنا أن بعض أعراض الاضطرابات النفسية ربما تبدو في صورة أعراض جسمانية ، ومن جهة أخرى فإن بعض الاضطرابات العقلية والنفسية مثل حالات الاكتئاب قد تكون مضاعفات لمرض عضوي ، ومن هنا كان لابد من تشخيص المرض أولاً ومبكراً ثم التصرف في أمر علاجها . ومن الخطأ صرف الأدوية المسكنة والمنومة مثل مركبات البنزوديازيبين دون التركيز على التعرف على طبيعة المرض مبكراً أو الاستعانة بذوي الخبرة

المهنية ، حيث أن الاستمرار في صرف مثل هذه الأدوية سوف يؤدي إلى الإدمان عليها وهذا ما يجب تجنبه والوقاية منه .

ومن الحالات الطارئة التي تمر على طبيب الوحدة الصحية والتي تستوجب التشخيص المبكر والعلاج الفوري حالات الانتحار ، والتي ترجع أسبابها إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب النفسي ، وحالات الاضطرابات النفسية العضوية الحادة وما يصاحبها من هَذَيَان وأمراض فُصَام الشخصية ، ولوثة الهَوَس ، والضغوط الاجتماعية والأمراض العضوية المستعصية ، وفي هذه الحالات ، وبعد الوقوف على حالة المريض لابد من إسعافه بدنياً ونفسياً، ورعايته اجتماعياً ، وعمل الاحتياطات اللازمة ، ثم تحويله إلى الطبيب النفسي للإشراف على علاجه .

الوقايـة الثالثيـة
tertiary prevention

وهناك بعض الاضطرابات النفسية التي يمكن للممارس العام أن يساهم في السيطرة عليها ويحول دون تدهورها . . ففي حالات التخلف العقلي مثلاً يمكنه متابعة خطة المعالجة التي يقررها الطبيب النفسي ، ويساعد في تطبيقها وذلك بعد الاكتشاف المبكر لها ، ويكون ذلك بالتغذية المناسبة أو بإعطاء الأدوية الضرورية في حالة وجود مرض مصاحب للتخلف العقلي مثل الاختلاجات الصرعية أو الاضطرابات السلوكية أو العقلية . وفي الأساس فإن علاج التخلف العقلي هو عملية تأهيلية وتربوية تهدف إلى الارتقاء بالمستوى المعرفي والسلوكي والخلقي ، وذلك يحتاج إلى تعاون كامل مع الأسرة والمؤسسات التربوية والتأهيلية .

وهناك حالات الاضطرابات النفسية مثل فُصَام الشخصية التي تحتاج إلى مواصلة علاجها والحيلولة دون تدهور حالتها وتأهيلها التأهيل المناسب . وهنا لابد من التأكد من أن المريض يتعاطى الدواء الضروري لحالته مع التنسيق الكامل مع الاختصاصي بالطب النفسي ، ومساعدة هؤلاء المرضى في إطار الأسرة والمجتمع ومساندتهم في ايجاد العمل المناسب لهم وفق حالتهم الصحية ، والفرص المتاحة لهم .

ومشاكل الإدمان من الحالات التي يجب التصدي لها بغية حصرها والتغلب عليها وتأهيل المصابين بها ، وهي مشكلة اجتماعية ، ونفسية ، وصحية ، واقتصادية ، وذلك يقتضي تضافر الجهود للسيطرة عليها والتحكم في الأدوية التي تؤدي إلى الإدمان ، وعلاج المرضى وتأهيلهم . ويمكن للطبيب في إطار الفريق المعالج بالتعاون مع الأسرة والمتابعة المستمرة المساهمة في العلاج النفسي الفردي والجماعي وتعميق الوازع الديني والاجتماعي .

أعــراض وعلامــات الاضطرابـات النفســية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تشمل أعراض symptoms الاضطراب النفسي كل التغيرات التي يشعر بها المريض ويبلّغها للطبيب ، بينما يقوم الطبيب من خلال الزيارة الطبية (المقابلة) interview النفسية باستخراج علامات signs الاضطراب النفسي عندما يفحص الحالة النفسية للمريض . ويتم التشخيص بضم الأعراض إلى العلامات في وحدة يطابقها الطبيب مع ما هو معروف من المتلازمات syndromes التي تشكل الاضطرابات disorders النفسية . وسوف نورد في هذا الفصل الأعراض والعلامات النفسية معاً كما نجدها في الوظائف النفسية الرئيسية عندما تضطرب لدى المرضى النفسيين . ولا يعتبر كل واحدة من تغيرات الوظائف النفسية التي نصفها هنا في حد ذاتها تشخيصاً ، لأن كلاً منها يحدث في العديد من الاضطرابات . وعلى سبيل المثال فإن ضعف التركيز إذا شكى منه المريض يعتبر عَرَضاً ، وإذا لاحظه الطبيب أثناء الفحص النفسي يعتبر علامة ، وهو في كلتا الحالتين ليس تشخيصاً وإنما هو تغير مرضي يحدث في كثير من الاضطرابات النفسية مع مجموعة أخرى من التغيرات تميز الاضطرابات المختلفة بعضها عن بعض .

وهناك بعض الأعراض والعلامات التي تحمل نفس الاسم الذي يطلق على اضطرابات بأكملها والتي تشمل تلك الأعراض والعلامات بين مكوناتها الرئيسية ، مثال ذلك « القلق » و« الاكتئاب » ، لذا يجب تمييز استخدام هذه الكلمات عند الدلالة على أعراض وعلامات التغيرات الوجدانية التي نجدها في كثير من الاضطرابات النفسية عن استخدامها للإشارة إلى الاضطرابات المسماة بنفس الاسم ، إذ يكون القلق أو الاكتئاب أعراضاً وعلامات رئيسية في متلازمة تشتمل على مكونات أخرى ضرورية لتشخيص « اضطراب القلق anexiety disorder » أو « اضطراب الاكتئاب depression disorder » .

ويتوقف تشخيص الاضطراب النفسي على وجود أعراض وعلامات المرض النفسي أكثر مما يتوقف على غياب علامات المرض الجسمي أو على سلبية نتائج الفحوص المخبرية . لذلك فإن معرفة الطبيب لهذه الأعراض والعلامات تكفي للوصول إلى التشخيص النفسي في أغلب حالات المرضى النفسيين الذين يتعامل معهم الطبيب الممارس في عيادات الرعاية الأولية ، وتقلل الحاجة إلى إجراء الفحوص

المخبرية ، وتحد منها إذا كان من الضروري إجراؤها . ويظن البعض أن تعدد الفحوص المخبرية وسيلة ضرورية لإقناع المريض بعدم وجود مرض جسمي لديه . ولكننا نجد عكس ذلك في غالبية الأحوال . فكلما تعددت النتائج السلبية للفحوص المخبرية ظن المريض أن الطبيب يبحث عن شيء لا يستطيع أن يجده ، فيبحث من جديد بطريقة أخرى أو يكرر ما سبق بحثه ، ويعطي ذلك رسالة مستترة للمريض عن حيرة الطبيب وعجزه في أمر مرضه ، فيعتقد أن مرضه نادر الحدوث أو خطير العواقب ، بدلاً من الاقتناع أن الفحوص المخبرية السلبية تؤكد عدم وجود المرض الجسمي . ومادام المريض يشكو من أعراض فلا يجوز للطبيب أن يقوله له « ليس بك مرض لأن الفحوص الجسمية سلبية النتائج » ، ولكن ينبغي أن يقول الطبيب للمريض « إن الفحوصات لم تظهر اضطراباً في العضو أو الجهاز الذي تم فحصه مخبرياً ولكننا نعلم أن أداء ذلك العضو أو الجهاز يختلف تبعاً للحالة النفسية للفرد فيؤدي إلى أعراض كالتي تشكو منها » ، وبذلك يعلم المريض أن شكواه لها ما يبررها في الطب النفسي كما يعرفه الطبيب ، عندها لا يقول المريض كما يقول بعضهم « إن الطبيب أخبرني بما ما ليس بي ولم يخبرني عن ما بي » . وإذا قام الطبيب بالفحص النفسي مع الفحص الجسمي السريري (الإكلينيكي) أصبح تشخيصه للاضطراب النفسي قائماً على أدلة إيجابية من خلال وجود الأعراض والعلامات النفسية ، وربط منشئها **ومحتواها ومَسارها بالمتغيرات البيئية، كما يظهر في المقابلة** السريرية (الإكلينيكية) ، بدلاً من الاتجاه إلى التشخيص النفسي فقط عقب استبعاد المرض الجسمي بالنتائج السلبية للفحوص المخبرية .

ونلاحظ أن لكثير من أعراض الاضطراب النفسي نظيراً في الأسوياء ، ولكنه يدل على الاضطراب النفسي إذا أدى إلى معاناة الفرد أو مَن حوله ، أو أدى إلى الإخلال بالممارسة العادية لحياة الفرد وتكيفه أو تلاؤمه في بيئته، وذلك بسبب شدته أو طول بقائه أو فرط تكراره . كذلك فإن العَرَض النفسي المرضي خارج عما هو مألوف ومعروف للفرد وخارج عما هو سائد ومعروف في المجتمع والجماعة التي ينتمي إليها الفرد . ومن المجموعات الرئيسية لأعراض وعلامات الاضطراب النفسي الجَسْدَنَة somatization واختلالات الانتباه والإدراك والوجدان والتفكير والذاكرة والوعي بالزمان والمكان والأشخاص والنشاط الحركي والحكم على الأمور والأحداث .

الجَسْدَنَة somatization

الجَسْدَنَة هو التعبير عن الاضطراب النفسي بأعراض جسدية أي بدنية . وهذه أكثر الأعراض انتشاراً بين المرضى النفسيين وخاصة في المنطقة العربية . ويعزو كثير من المرضى هذه الأعراض إلى الأمراض الجسمية بأعضاء الجسم المختلفة ، وعلى الطبيب الذي يعالج هؤلاء المرضى أن يوضح لهم العلاقة بين النفس والجسم حتى يساعدهم على فهم الأصل النفسي لأعراضهم الجسمية بأسلوب سهل وأمثلة بسيطة يمكن للمرضى استيعابها . وإذا لم يشتمل تعليم الطبيب على تدريب كاف في الطب

النفسي فإنه هو أيضاً يعزو هذه الأعراض الجسمية لمرضاه إلى الأمراض الجسمية ويسعى في بحث دؤوب عن تلك الأمراض بالإفراط في الفحوص المخبرية دون ثمرة ، كما أسلفنا . وقد يتساءل الدارس والممارس : لماذا تظهر الاضطرابات النفسية بأعراض جسدية بدلاً من ظهورها مباشرة في صورة أعراض اضطراب بالوظائف النفسية فقط كاضطراب الوجدان أو اضطراب السلوك ؟ نجد الإجابة عن ذلك في نظرة أفراد المجتمع نحو هذين النوعين من الأعراض . ينظر الناس إلى الأعراض الجسدية على أنها خارجة عن إرادة الفرد فلا يلومه أحد على الشكوى منها . أما الأعراض النفسية المباشرة فإن كثيراً من الناس يعتبرونها دالة على ضعف الشخصية أو قلة الإيمان ، ويتوقعون ممن يشكو منها أن يتحكم فيها ، وأن يساعد نفسه بنفسه في التغلّب عليها . كذلك يعزو البعض الأعراض السلوكية أو الوجدانية للمرضى إلى تأثير القوى التي لا ندركها بحواسنا كالحسد والسحر ، فيستشيرون من يتعامل مع هذه القوى بدلاً من استشارة الطبيب الذي ينحصر دوره في نظر العامة في البدن فقط ، ويعتبر الجسدنة أقصر طريق إلى الطبيب .

من أعراض الجسدنة الشائعة الآلام والإحساس بالتوتر والضيق والرجفة ، وأعراض اضطراب الجهاز العصبي المستقل ، وأعراض توهم المرض البدني والأعراض التحولية .

الآلام aches والإحساس بالتوتر والضيق tightness والرُّعَاش tremor

يزداد التوتر في عضلات الجسم الإرادية في كثير من الاضطرابات النفسية ، معبراً عن التوتر النفسي ، مما يؤدي إلى الآلام بأجزاء مختلفة من الجسم ، تختلف من فرد إلى آخر . فيشكو المريض من آلام بالرأس (صداع) أو بالظهر أو بالصدر أو بالأطراف ، كما أنه يشكو من الشعور بالتعب أو الإنهاك ، لأن الارتفاع في التوتر العضلي نوع من انقباض العضلات المستمر ، يعقبه شعور بالتعب مثل الذي يحدث بعد المجهود العضلي رغم عدم قيام المريض بأي مجهود عضلي إرادي ويعود الشعور بالتوتر والضيق الذي يغلب أن يشعر به المريض في صدره إلى زيادة توتر عضلات الصدر فيشعر المريض أن صدره أضيق من المعتاد فلا يكاد يتسع للهواء اللازم للتنفس المعتاد ، لذلك يلجأ بعض المرضى إلى التنهد مراراً حتى يطمئنوا أن صدورهم يمكن أن تتسع لكل ما يستنشقون من هواء وكلنا نعلم أن تكرار التنهد من علامات التوتر والضيق .

ويرجع تحديد الجزء من الجسم الذي يظهر به التوتر إلى ما يعتقده الناس عن ذلك الجزء أو العضو . فالصدر يمثل الحلم في سعته ويحوي القلب الذي يعتبر مركزاً للعواطف ، والظهر يرمز إلى القوة والكفاءة (وخاصة القدرة الجنسية) . كذلك فإن لكل فرد « نقطة ضعف » في جسمه بسبب العوامل الخلقية أو بسبب الأمراض العضوية السابقة . فمثلاً يؤدي اضطراب مفاصل وغضاريف العمود الفقري وما يصاحبه من آلام بالظهر إلى عودة آلام الظهر فيما بعد تعبيراً عن التوترات النفسية ، دون عودة المرض الجسمي بالعمود الفقري لأن ظهر المريض أصبح البؤرة التي

تجذب تفكيره وتحط عليها همومه . كما أن شكوى فرد في الأسرة من الآلام بأحد أعضاء الجسم عندما يكون متوتراً نفسياً يلفت انتباه أعضاء الأسرة الآخرين إلى هذا العضو كمخرج للتوتر .

وقد يؤدي الاضطراب النفسي إلى ظهور التوتر بشكل رُعاش **tremor** اليدين بسبب التغيرات المتلاحقة في توتر العضلات الإرادية . ويظهو ذلك بوضوح إذا شعر المريض أن الآخرين يلاحظونه وهو ممسك بكوب ماء أو عندما يصب الشاي للضيوف على سبيل المثال . ولكن هذه الرجفة تختفي أثناء النوم وعند الاسترخاء وتلاحظ أثناء حركة اليدين أو سكونهما . وقد يظهر الرعاش في الرأس أو في الصوت المتهدج أو في الشفتين مع الغضب أو الانفعال ويزول عندما يعود الفرد للهدوء .

أعـــراض وعلامـــات اضطـــراب المجموع العصبي المستقل (الأوتونومي) autonomic nervous system

يؤدي التوتر النفسي إلى اضطراب وظائف المجموع العصبي المستقل autonomic nervous system ويظهر ذلك في اضطراب وظائف الأعضاء التي يغذيها هذا الجهاز مثل العضلات اللاإرادية وبعض الغدد . ففي الجهاز الدوراني يحدث الخفقان ويرتفع الضغط الانقباضي ، وفي الجهاز الهضمي يجف الحلق ويشعر المريض بعسر الهضم أو باضطراب التغوط كالإمساك أو الإسهال ، وفي الجهاز التنفسي يزيد معدل التنفس ، وفي الجلد يزداد العرق أو تضطرب الدوره الدموية الجلدية فيشعر المريض بالبرودة أو الحرارة بدرجة لا تناسب درجة حرارة الجو ، وفي الجهاز البولي تكثر مرات التبول ، وفي الجهار التناسلي يضعف الانتصاب أو يسرع القذف أو يعسر الجماع أو يتشنج المهبل . ولما كان المهاد thalamus مركزاً يسيطر على الجهاز العصبي إلى جانب سيطرته على جهاز الغدد الصماء فإن اضطراب وظيفة المهاد قد يؤدي إلى اضطراب وظائف الغدة الكظرية والغدة النخامية في حالات التوتر أو الاكتئاب النفسي وينشأ عن ذلك علامات مختبرية (معملية) خاصة باضطراب هرمونات تلك الغدد .

أعـــراض وعلامـــات مَرَاقِيَّـــة (تَوَهُّم المرض البدنـــي) hypochondriasis

يشكو المريض من الألم أو اضطراب الأحاسيس التي يعزوها إلى مرض عضو أو جهاز معين بالجسم ، وينشغل بها إلى حد سيطرتها على فكره ومشاعره ، وأحياناً تسيطر على حديثه أيضاً . ويعاني المريض من فرط الانشغال بصحته الجسمية ، وأحياناً يعاني الآخرون من فرط شكواه عما يظن أنه يحمل من الأمراض الجسمية ، وقد يؤدي هذا الانشغال إلى اختلاف تكيف المريض في بيئته .

وكثيراً ما تحدث هذه الأعراض بعد اطلاع الفرد على معلومات طبية من وسائل الاعلام المختلفة أو من مريض أصيب بمرض جسمي ، وتكون الأعراض عادة مشابهة للأعراض التي علم بها الفرد من تلك المصادر . كذلك فإن هناك نوعاً من توهم المرض منشؤه إفراط الطبيب في الفحوص المخبرية بعد الشكاوى البدنية البسيطة للمريض ، واستزادته منها أو اللجوء إلى فحوص أدق كلما جاءت النتيجة سلبية فيتوهم المريض أن به مرضاً خفياً أو خطيرا لا يعرفه الأطباء . ويحدث أحيانا بعد وفاة أحد الأقارب أو الأصدقاء أن يتوهم الفرد أن لديه نفس المرض الذي أدى إلى موت المتوفى ويشكو من أعراض مشابهة لما كان يشكو منه المتوفى . ومن أكثر الأمراض البدنية التي يتوهمها المريض انتشاراً أمراض القلب والأمراض الخبيثة (السرطان) ومرض العوز المناعي المكتسب أو « الإيدز » ورُهاب التشوهات البدنية . ويسيء المريض تأويل الأحاسيس العادية التي يشعر بها من أعضاء معينة في جسمه ليغذي انشغاله على صحة وسلامة هذه الأعضاء التي يركز عليها انتباهه وتفكيره ، وكثيراً ما تفشل محاولة الآخرين في إقناعه بعدم وجود المرض الذي يتوهمه ، ويتردد المريض عادة على كثير من أطباء الطب الجسمي رافضاً أي إشارة إلى المرض النفسي ، لأنه يحمل في ذهنه صورة مريضة لجسمه لا لنفسه .

الأعـــراض البدنيـــة التحويليـــة
conversion symptoms

سميت الأعراض البدنية التحويليه conversion symptoms كذلك بناء على على فرض يقول إن التوتر النفسي يتحول إلى عرض جسمي يمتص ما به من شحنة ، فتقل شدة التوتر التي يشعر بها المريض أو يعبر عنها فيظهر المريض كما لو كان غير مبال بالعرض الجسمي الذي أصابه . تظهر الأعراض الجسمية التحويلية عادة في المجال الحسي أو المجال الحركي الخاضع لإرادة المريض ، كأن يفقد الإحساس في جزء من جسمه ، أو يفقد القدرة على الإبصار أو السمع أو القدرة على إخراج صوته ، أو تحريك طرف أو أكثر من أطراف الجسم ، أو تهتز أجزاء من جسمه ويصاب بما يشبه الإغماء . وفي جميع الأحوال يكون نمط الأعراض البدنية متفقاً مع مفهوم المريض عن مرض العضو الذي يصيبه العرض ، ولا يتفق مع ما هو معروف طبياً عن ذلك المرض . فالمريض الذي يفقد صوته في عرض تحويلي لا يحرك لسانه لأنه يعتقد أن اللسان هو أداة الكلام ، بينما نعرف طبياً أن الحنجرة هي عضو التصويت . لذلك فإن التشابه بين الأعراض التحويلية والأمراض العضوية التي يظن المريض أنه أصيب بها تشابه سطحي ويستطيع الطبيب الذي يدقق في استخراج السيرة المرضية الحالية للمرض والذي يقوم بالفحص السريري (الإكلينيكي) المعتاد أن يصل إلى التشخيص الصحيح دون الحاجة إلى إجراء فحوص مختبرية في غالبية المرضى الذين يشكون من أعراض بدنية تحويلية .

أعــراض وعلامـات تَشتُّت الانتبـاه

الانتباه attention هو توجيـه النشاط العقلي إلى أمـر معين . تظهر عـلامات الانتبـاه في وجه المريض وفي توجيه بصره إلى الأمر المقصود بالانتباه ، وفي إنصات الفرد إلى حديث الآخرين ، وفي متابعة الحديث دون تشتت . قد يشكو المريض من تشتت انتباهه عندما يحاول التركيز على ما يقوم به من أعمال بالمنزل أو العمل أو عند القـراءة أو أثناء محادثة الآخرين حيث يصعب عليه متابعة ما بدأ حتى إكماله .

وقد يرجع تشتت الانتباه إلى مشتتات داخليـة مثل الألم أو الخوف أو انشغال البال بأمور معينة ، فيبـدو المريض شارد الذهن أو « مشـغول البال » . وقد يرجع تشـتت الانتباه إلى مـشتتات خـارجية تستـرعي انتباه الفـرد واحدة تلو الأخرى مـثل أثاث الغرفة أو مظهـر الآخرين أو صوت التليـفون أو صوت أقدام من يمشي خارج الغرفة أو أوزان ورنين الكلمات دون معناها أثناء المقابلة . وتصعب إدامة انتبـاه الفرد أي تركـيزه على مـوضوع الحديث ويصـعب أن يخلص الفرد إلـى المعاني التي يشـملها الموضوع المراد الانتبـاه إليه بسبب تشتت الانتبـاه . ونجد أن كثيراً من النـاس الذين يعانون من ضعف تذكرهم للأشياء والأحداث ليس لديهم اضطراب أساسي في الذاكرة ولكن انتباههم مشتت وتركيزهم لا يدوم ، فيؤدي إلى عدم إجادة تسجـيل الأمور المقصودة بالانتباه والاستيعاب ، فـيصعب الاحتفاظ بها في الذاكرة ، ويصعب استدعاؤها فيما بعد . ومن أمثلة ذلك الطالب القلق الذي يخاف الامتحان فينسـى ما قرأ من دروس ، وربة البـيت المجهـدة التي تنسى أين وضعت المفـاتيح والأشيـاء الأخرى بالمنزل .

أعــراض وعلامــات اختــلال الإدراك

الإدراك perception هو إعطاء مـعنى لما يـقع تحت حـواسنـا . وبذلك يخـتلف الإدراك عن الإحساس الذي يقتـصر على تلقي المنبهات الحسية بأعضاء الحس المختلفة دون الوصول إلى مدلولها أو معناها . فمن يسمع لغـة أجنبية لا يعرفها لديه إحساس سمـعي فقط دون إدراك لمعنى ما يسمع . ومن الاختـلالات الشائعة للإدراك نشرح هنا الانخـداع والهلاوس hallucinations ونكتفي بذكر الاختلالات الأخرى الأقل انتشاراً في الاضطرابات النفسية .

الانخـــــداع

الانخداع illusion هو إعطاء معنى خاطىء للمؤثرات الحسـية التي تقع في مجال الحواس بسبب عدم وضوح تلك المؤثّرات أو بسبب الاستعداد النفسي للفرد لإدراك أشياء غير التي تقع تحت حواسه وإن كانت شبـيهة بها . ومن الانخداعات التي نلاحـظها لدى الأسوياء أن نرى شخصاً على مـسافة بعيدة فنظن أنه شخص آخر لعدم وضوح الرؤية . ويعـتبر السراب من الأمثلة الشائعة للانخداع لدى الأسوياء في البلاد الحارة ، فيحسبه الظمآن ماء ، لأن الظمأ يجعله مستعداً نفسياً لإدراك وجود الماء . وهناك أيضاً انخداعات إدراكية في مجال الحواس الأخرى كالسمع واللمس والشم والتذوق ترجع إلى نفس الأسس من استـعداد الفرد وعـدم وضوح المؤثر الحسي . في الانخـداع الإدراكي لدى الأسوياء يعلم الأفراد خطأهم ويقبلون تصحيحه ، ولكن ذلك لا يحدث في الانخداع الإدراكي المرضي .

تحدث الانخداعات الإدراكية المرضية كلما زاد التوتر النفسي ، حيث يعطي المريض دلالات ومعانٍ مخيفة لما يســمع أو يرى من مؤثّرات عادية . كما تحدث الانخداعات الإدراكيـة (وخاصة البصرية) في الأمراض والإصابات الـتي تضطرب فيها درجة إفـاقة المريض في حالات الهَذَيان مـن التسمم أو نقص الأكسجين الوارد إلى المخ . ويظن المريض أن حركة الستائر مثلاً تخفي وراءها حيواناً أو شخصاً سيهاجمه ، وأن أي صوت مفاجئ هو انفجار وأن الظلال هي أشباح ... وهكذا

الهـــلاوس

الهلاوس hallucinations إدراكات خاطئة دون وجود المؤثر الخـاص بمحتوى تلك الإدراكات . وتعتبـر الأحلام نوعاً طبيعيـاً من الهلاوس ، لأنها إدراكات خاطئـة ومحتواها غير حـقيقي ، ويعلم صاحب الحلم أن محتـواه غير حقيقي . كـذلك فهناك أشخاص أسوياء يدركون أشـياء لا وجود لها قبيل بدء النوم وقبيل الإفاقة من النوم ويعلمون عدم حقيقة ما يدركون .

تحدث الهلاوس المرضـية أثناء اليقظة وأكثرها انتـشاراً الهلاوس السمعيـة والبصرية ، ولكن هناك أيضاً هلاوس في المجالات الحسية الأخرى .

تحدث الهلاوس في الاضطـــــرابات العقلية الذُهانية العضــــوية (كالهَذَيان) وغير العضــــوية (كالفُـصام) وتغلب الهلاوس البـصرية في الأولى ، والهـلاوس السمعـية في الثانيـة . وقد تكون الهلاوس بسيطة المحتوى مكونة من أصوات أو أضواء غـير واضحة ، أو تكون الهلاوس مفصلة ذات حيوية تشـعر المريض بحقيقتهـا فينفعل بها ويتفـاعل معها بالانتباه والمناقـشة والتطلع ويعمل فكره في تأويل هذه الظواهر التي يخبر من حوله بأمرها ولا يستطيع الآخرون إدراكها .

أعـــراض وعلامــات أخرى لاختـــلال الإدراك

هناك أعـراض وعلامـات أخرى لاخـتلال الإدراك سـوف يأتي تفـصيلهـا في الفصـول الخاصـة بالاضطرابات النفسية التي تشيـع فيها . ونذكر منها هنا إدراك الأشياء بحجم أكبـر (رؤية ضخامية) macropsia أو أصغـر (رؤية مستصـغرة) micropsia من حجمـها الحقيقـي أو إدراكها بشكل مختلف (تَشَوُّه المرئيَّات metamorphopsia) عن التشكل الحقيقي ، أو إدراك الفـرد أن جسمه أو أجزاء منه قد تغير لونها أو مكانها أو حـجمها أو هيئتها فأصبحت على غير حـقيقتها المألوفة ، أو أنه أصبح عديم المشاعر (تَبَدُّد الشـــخصية depersonalization) . كما قد يدرك المريض أن الأشياء المحيطة به قد تبدلت هيئتـها أو طبيعتها فأصبحت مخـالفة لما كان يألف في سابق الأمر (تبدل إدراك الواقع أو الغربة عن الواقع derealization) .

أعـــراض وعلامـــات اختـــلال الوجـــدان

الوجدان affect هو كل ما يوجـد في النفس من مشاعـر سواء كانت مـرغوبة كالمودة والرحـمة والسرور أو غير مرغوبة كالخوف والغضب والحزن .

تتغيـر المشاعر الوجدانية وتختلف في نوعـها وشـدتها ومدتها حسـب ظروف الحياة والمواقف التي تعرض للأسـوياء . وتعرف المشاعر طويلة البـقاء بالمزاج mood والمشاعر الموقـفية المؤقتـة بالانفعال emotion . يعبر الإنسان عن وجدانه بوجهه وحديثه وسلوكه كما تتأثر به أعضاؤه الداخلية .

ومن أكثر أعراض وعـلامات اختلال الوجدان انتشاراً المزاج المكتئب ومـزاج الشُّماق ومزاج القلق والرُهَاب والهَلَع والهيوجية وضحالة الوجدان وتقلقل الانفعال والتناقض الوجداني .

المـــزاج المكتئـــب

المزاج المكتئب depressed mood هو الشعور بالهم أو عدم القدرة عـلى الاستمتاع . وقليل من المرضى العرب يشـكو بهذه الصورة المبـاشرة التي تشـيع بين المرضى الغربيين ، ويغلب على مـرضانا التعـبير غـير المباشر عـن المزاج المكتئب مثل فقد الاهتمام بما كان يهتم به المريض من طعام وعمل وهوايات وأصدقاء ، أو تواتر الأحلام عن الموت والموتى ، أو البكاء عند تلقي كلمات المودة والعطف من الآخرين ، أو تخـفيف الهم بالبكاء ، أو تمـني البكاء الذي أصبح صعـب المنال ، أو الإفراط في تذكر الأخطاء والمسـاوئ الشخصيـة من الماضي ، أو الشعور بالعجـز حيال الحاضـر ، أو اليأس من المســـتقـبل . فيجب على الطبـيب أن يسأل المريض عن كل هذه الأمور ليـستخرج عـلامات المزاج

المكتئب . نلاحظ هذا المزاج ليس فقط في اضطراب الاكتئاب ولكن أيضاً في الأمراض البدنية والاضطرابات النفسية الأخرى حين يشعر المريض بآثارها السلبية على كفاءته وحياته .

مـــزاج الشُـمَاق
elation

ويتسم بالتهييج العاطفي مع النشاط الجسمي ، فإذا جاوز الابتهاج ما يقضي به الواقع يدعى بالشماق elation . حيث ينساق تفكير المريض عادة في اتجاه مزاجه ، فيستخرج من حياته وسماته كل مميز ويتحدث عن عظيم قدراته ومعرفته ، ويفرط في تقديم المودة أو النصح للآخرين ظناً منه أن ذلك يسعدهم ، ولكنهم يشعرون أنه يتدخل في شؤونهم . كما تكثر النكتة والسجع والشعر والكناية والمداعبة في حديث المريض دون التزام بالقيود الاجتماعية للحديث وخاصة مع أفراد الجنس الآخر . ويتميز مرضى الهَوَس بهذا النوع من المزاج .

مـــزاج القلق anxiety والرُهـــاب phobia والهلـــع panic

يتميز مزاج القلق بما يتضمن من خوف يزيد على ما يخاف الأسوياء منه تحت نفس الظروف . قد يكون القلق عاماً منتشراً بين جميع أحداث البيئة ، فيجعل المريض يتوقع سوءاً أو شراً في كل وقت ، وخاصة إذا حدث ما لم يتوقع أو لم يحدث ما توقع . و قد يكون الخوف محدوداً ومقصوراً على أشياء أو مواقف معينة فيسمى الرُهَاب ، مثل ذلك الرهبة المفرطة من الأمور التي لا تثير في الأسوياء أكثر من الحرص ، كرُهَاب الإصابة بالمرض ، أو رُهَاب البعد عن منزل الأسرة ، أو رُهَاب الساحة أو التواجد في شرفة مرتفعة أو في مكان مغلق (كالمصعد أو الطائرة) ، أو رُهَاب التحدث مع الرؤساء أو في وجود جماعة من الناس ، أو رُهَاب حساب القبر أو رُهَاب الحيوانات . في معظم هذه الأمور يخشى المريض سوء المصير كأن يفقد وعيه أو لا يجد من ينقذه أو يموت أو يعذب . والهَلَع نوبة تلقائية حادة من الخوف يظن فيها المريض أنه على وشك الموت أو فقدان السيطرة على نفسه .

يظهر مزاج القلق والرُهَاب والهَلَع في الاضطرابات المعروفة بهذه الأسماء ، كما يظهر في الاكتئاب والوسواس القهري وكثير من الاضطرابات النفسية الحادة .

وهناك نوع آخر من الرُهَاب ينشأ من شدة خوف المريض من فقد التحكم في اندفاعاته الشخصية مثل النزعة إلى العدوان أو إلى التصرف غير المقبول اجتماعياً ، فيتجنب الآلات الحادة حتى لا يؤذي بها نفسه أو غيره ، أو يتجنب الاقتراب من النوافذ حتى لا يلقي بنفسه أو بطفله منها ، أو يتجنب مجالسة الآخرين حتى لا يأتي بعمل فاضح . وهذا النوع من الرُهَاب خاص باضطراب الوسواس القهري .

التّهيّج
irritability

هو سهولة الإثارة ، حيث يصبح الغضب سريعاً شـديداً كثير الحدوث لأتفه الأسباب . ورغم أن هذا عرض رئيسي لاضطراب القلق النفسـي ، إلا أنه شائع أيضاً في اضطرابات الاكـتئـاب والهَوَس والوسواس والاضطرابات النفسية الحادة .

ضحالـــة الوجـــدان
shallow (blunted)

في حالة ضحالة الوجدان تقل شدة المشاعر الوجدانية والـتعبير عنها في المواقف التي تثير الحماس أو السرور أو الغضب أو الضـيق أو المودة أو الهم أو الخوف . وفي الأحوال الشديدة تتفـاقم ضحالة الوجدان إلى التبلد والخمول ، وأكثر ما نلاحظ ضحالة الوجدان في الفُصَام .

تقلقـــل الانفعـــال
emotional lability

يعتبر تقلقل الانفـعال اختلالاً في المواقف يؤدي إلى الإفراط في شدة ومـدة الانفعال بالضحك أو الكآبة . فالموقف الذي يثير الابتسامة يؤدي إلى قهـقهة لا تتوقف ، والموقف الذي يثير الإشفاق يؤدي إلى بكاء متواصل ، كما لو كان المريض غيـر قادر على وقف سيل انفعاله . نلاحظ هذه العلامة في المرضى المصابين باضطرابات عضوية بالمخ كما نلاحظها في المرضى بالهَوَس .

عـــدم تطابـــق الانفعـــال
incongruous emotion

قـد يكون الانفعـال غيـر مطابق لمحـتوى تفكيـر أو سلوك المريض في بعض حـالات الفُصَـام ، فيضـحك المريض دون أن يمر بباله ما يضحك ، ودون حـدوث ما يضحك فيمـا حوله ، أو يضحك عند الحـديث عمـا يحزن . وكـثيـراً ما يلاحظ أهل المـريض أنه يضحك دون سـبب ، ولكن يجب التحقق من أنه لم يتـذكر شيئاً مضحكاً وأنه لم يقـصد بضحكه السخرية من الآخرين أو التعبير عن الحرج مثلاً .

التناقــض الوجـــداني
ambivalence

ينشــأ التناقـــض الوجداني عنـدما يوجد لـدى المريض قوتان وجـدانيتـان متسـاويتان في الـقوة ومتضادتان في الاتجاه . وينعكس ذلك في سلـوك المريض حيث تزيل كل من القوتين الأخرى ، فإذا كان هناك حب بقدر البغض أو رغـبة بقدر الرهبة فلن يتقدم المريض أو يتأخـر ويظل جامداً . كذلك قد يؤدي التناقض الوجـداني إلى اتباع المريض مسلـكين متضادين الواحـد تلو الآخر ، فيـمد يده ثم يسحبها ، أو يعطي ثم يأخذ ، أو يفتح ثم يغلق . ونلاحظ هذه العلامة في مرضى الفُصَام .

أعــراض وعلامــات اختـلال التفكيــر

التفكير هو النـشاط العقلي الذي يحاول حل مشكلة . والمـقصود بالمشكلة problem هنا أي أمر يسعى الفرد لتفهمه حتى يختار استجابته له . قد يختل مجرى التفكير thought stream في سرعته أو تماسـكه أو بالدوران أو بالوظوب (المداومة) perseveration. وقد تختـل هيئة الـفكير thought form لضعف تجـريده . وقد يختل مـحتوى التـفكير thought contents بما يحمل من **خيال أو وُهام أو وساوس. وفي جميع الأحوال نجد أن حديث المريض هو أفضل مرآة لتفكيره،** ولذلك فإن جميع العلامات المرضية للتفكير يمكن استخراجها من المقابلة السريرية (الزيارة الإكلينيكية للطبيب) .

التعجيــل بسرعة التفكيــر
thought acceleration

يدل التعجيل بسرعـة الحديث على التعجيل بسرعة التفكير ، حيث تـلاحق العبارات وقد تتزاحم في صورة ضـغط الحديث pressure of talk فيصـعب إيقاف المريض عن الكلام لمراجعـة بعض ما يقول ، أو لتغييـر موضوع الحديث . وفي بعض المرضى تتطاير الأفكار flight of ideas واحدة تلو الأخرى ، يربطهـا ببعضها رباط سطحي ولـكنه غير منطقي يتوقف على منطوق الكـلمات ووزنها ، وليس على التسلسل المنطقي لمعـانيها . ويسهل على المستمع الـتعرف على هذا الرباط السطحي الذي يكون عادة مضحكاً أو مسـلياً . نلاحظ هذه العلامة في الاضطراب الهَوَسي .

تباطؤ التفكيـــر
thought retardation

يتباطأ مجرى التـفكير في بعض حالات الاكتئاب أو الخَرَف . نلاحظ تطاول الفتـرة التي يحتاجها المريض للرد على الأسئلة ، حتى البسيطة منها . كما أن حـديثه مقتضب ، قليل التفاصيل ، يندر أن يكون تلقائياً . وفي بعض مرضى الفُـصَام يتوقف مجرى التفكير تماماً (إحـصار التفكير) thought block ولا يستطيع المريض مـواصلة ما بدأ لزوال كل شيء من تفكيره . وتختلف هـذه العلامة عن ضعف التـركيز حـيث يتشـتت انتباه المريض مـن فكرة إلى أخرى تحل محلهـا ، ولكن المريض الذي يتوقف تفكيره يشعر بفراغ الذهن التام في فترة التوقف ولا يستطيع الاستدراك .

عـدم تناسق التفكيـــر
incoherence

في هذه العلامة لا تتمـاسـك أجزاء الحديث بأربطة منطقية أو بأربطة سطحيـة ، (كما يحدث في تَشَتُّت الأفكار) فيبدو حديث المريض مفككاً ، ولا يمكن متابعته ، لأن المريض ينتقل من موضوع إلى آخر في تفرعـات لا يفهمها من حوله ، تحـيد بحديثه بعيداً عن الموضوع الذي بدأ به الحديث والذي يزداد بعده عنه كلما اطرد حديثه . تظهر هذه العلامة في الفُصَام وفي الهَوَس الشديد .

دوران التفكيـــر
circumstantiality

في دوران التفكير حول الموضوع يجول المريض كثـيراً في المقدمات والمداخيل الطويلة قبل أن يصل إلى « صلب الموضوع » ، فيكون حديثه طويلاً ولكنه يصل بعد طول المسيرة إلى غاية الحديث . هناك بعض الأسوياء من كبـار السن وأهل الريف الذين يفكرون ويتحدثون بهذه الطريقـة لأنهم لم يتعودوا الاقتضاب أو الحديث المباشر . ويزيد دوران التفكير في حالات الخَرَف والفُصَام والصرع .

وظـــوب (مداومـــة) التفكيـــر perseveration

في بعض حـالات الخَرَف لا يستطيـع المريض نقل حديثـه من موضوع إلى آخـر ، فيـستـمر في موضوعه الأول رغم محاولة الآخرين مناقشته في موضوعات أخرى ، وهذا ما يعرف بوظوب التفكير حيث يواظب المريض على ترديد نفس الألفاظ أو الاسترسال في نفس الموضوع .

ضعــف التجريــد
poor abstraction

يظهر ضعف التجريد في التفكير عندما تصبح العبارات التي يسمعها أو يقرأها المريض مجرد ألفاظ لا يستنبط منها معان أو أفكـار ، فتعرف الأشياء مثلاً بصفاتهـا المادية لا بوظائفها أو بما تدل عليه من معان . فلا يستطيع المريض استنباط ما تدل عليه الأمثـال مثل « عصفور في اليد خير من عشرة على الشجـرة » ، فقد يقول إن هذا المثـل يحبذ أن تمسك العصفـور بيدك . وإذا سـئل المريض عن أوجه الشبه بين الموز والبرتقـال مثلاً قد لا يتعدى ذلك قوله إن كليـهما أصفر دون استنباط الصفـة المشتركة وهي أن كليهما فاكهة .

كـذلك يصعب على المـريض تجريد المعنى مما يـدرس أو من القصص التي يقـرأها أو النكتـة التي يسمعـها أوالكاريكاتير الذي يشاهده ..نلاحظ ضعـف التجريد في حالات التخلف العـقلي والفُصَام والخَرَف .

الخيــــال
fantasy

الخيال نوع من التفكيـر يخرج عن الواقع الذي نعيش فيه . ورغم أن الخيـال تفكير طبيعي إلا أن الإسراف فيه يـضيع الجهد والوقت اللازم للتفكير الواقـعي في أمور الحياة . وكلما كثـر الإحباط في حياة الإنسان عوض ذلك بالإكثار من أحلام اليقظة day-dreams التي تعتبر تفكيراً خيالياً يتخيل فيه ما لم يتـحقق في الواقع . يزيد هذا النوع من الخيـال لدى المراهقين والأفراد الذّاتويين autostics . أما في الذُّهان psychosis فإن التفكير الخـيالي يأخذ مكان التفكير الواقعي ، فيـفقد المريض ارتباطه بالواقع ويعيش في عالم خاص من أفكاره الخيالية التي لا علاقة لها بالواقع .

الوُهــام (الضــلال)
delusion

الوُهَام اعتقاد خاطئ لا يمكن تصحيحه بالمناقشة ، ولا يتفق وخلفية المريض الثقافية والاجتماعية . ويجب أن نفرق الوُهَام كـعلامة مرضـية تدل على الذُهَان عن المعتـقدات السائده في المجـتمع والتي يعتبـرها أفرادالمجتمعات الأخـرى خاطئة . فلا يمكن أن نصف بالوُهَام من يعتـقد أن هناك من يسعى إلى قتله إذا كان يعيش في مجتمع ينتشر فيه الثأر وتحققنا من أهله أن ذلك أمر وارد بالنسبة له .

ومن أكثـر الوُهَامات انتشـاراً وُهَام الاضطهاد persecution ، حيث يعـتقـد المريض أن آخرين يسعون لإيذائـه كما يحدث في الفُصَـام ، ووُهَام العظمة delusion of grandeur ، حيث يعـتقد

المريض أنه كبير المقام أو عظيم القوى شامل المعـارف كما يحدث في الهَوَس ، ووُهَام السرقة والخَرَف حيث يعتقد المريض أن أشياء قد سرقت من منزله بينما هو الذي نسي أين وضعها .

الاجترارات الوسـواسية
obsessional ruminations

تتـميـز الاجترارات الـوسواسـية obsessional ruminations بتـوارد أفكار لا يقبلهـا المريض الوسواسي ولكنها ترد في تفكيره رغماً عنه فيعطيـها ذلك صفة القسر ، وتتكرر بإلحاح حتى ولو قاوم المريض اجترارها .

وكثيراً ما يستسلم المريض ويكف عن مقاومـة هذه الأفكار رغم عدم رضاه عنها ، فينفذ محتواها حتى يـحصل على بعض الراحـة . مثـال ذلك وسواس التفـكير في النجـاسة الذي يؤدي إلى كـثرة الاغتسال ، ووسواس الشك folie de doute في قفل الأبواب أو الصنابير الذي يؤدي إلى فحصها عدة مرات للتحقق من قفلها .

أعـــراض وعلامـــات اختـــلال الذاكـرة

تعتمد الذاكرة على تســـجيل المعلومات ثم الاحتـفاظ بها إلى حين الضرورة لتذكرها بالاسـتدعاء (الاستذكار) recall أو التعرف recognition . وتضطرب الذاكرة إذا كـان التسجيل رديئـاً كما يحدث في اخـتلال الانتباه ، أو بـسبب ضعف القدرة على الإدراك أو الـتجريد . قد يكون اخـتلال الذاكرة مستمراً أو على شكل فجوة في الذاكرة .

ويختلف اختلال الذاكرة المرضي ، كما يحدث في الخَرَف ، عن النسيان لدى الأسوياء من المسنين في أنه نسيان لأحداث بأكملها وليس للتفاصيل فـقط . وهو منتشر في جميع الظروف ، ومستمر في كل الأوقات ، ولا يمكن مسـاعدة المريض على تذكر ما نسي ، بينمـا يستجيب الأسـوياء للمؤشرات التي تساعـدهم على التذكـر . كذلك فإن المريض قـد يعوض ما نسـي بالتزييف falisification أو التخريفات confabulation وهذا ما لا يفعله الأسوياء . ويتناول النسـيان المرضي الأحداث القريبة في بادئ الأمر ، إلا أنه يصبح شاملاً بمرور الوقت الذي يحيل الأحـداث القريبة إلى أحداث بعيدة ، ومع تقدم المرض الذي يزيل المزيد من تسجيلات الذاكرة .

وقد تحدث فجوات الذاكرة memory gaps بمؤثّرات عضوية كإصابات المخ ، حيث تمتد الفجوة إلى ما قـبل وما بعد حـادث الإصابة لفترات تخـتلف حسـب شدة الإصـابة وفترة الفـقدان الكامل للوعي في فترة الفـجوة العضوية بالذاكرة تتعطـل أو تضطرب جميع الوظائف النفسية ، كـالانتباه

والإدراك والتفكير ، ويفقد الفرد ارتباطه بالواقع فلا يستطيع حماية نفسه ، ولا يطلب الطعام ولا يهتدي إلى الزمان والمكان والأشخاص من حوله ، وقد يبول أو يتغوط في غير الأماكن المخصصة لذلك . أما فجوات الذاكرة ذات المنشأ النفسي فإنها تعقب الإجهاد النفسي ذي التأثير الصادم الذي يهز كيان الفرد أو كرامته أو مكانته بين الآخرين ، ويتظاهر بالانشقاق (التفارق) في الذاكرة dissociated memory الذي يصل إلى زواله ا ، بينما تظل وظائفه النفسية الأخرى في حالة طبيعية ، فهو ينتبه إلى ما حوله ويدرك بيئته على حقيقتها ويتحدث إلى الآخرين فيما يحدثونه ويحافظ على سلامته ومأكله ونظافته أثناء الفترة التي يشعر أنه لا يتذكر شيئاً عنها . ولذلك تساعد ملاحظة الآخرين للمريض وتفاصيل السوابق المرضية على تمييز هذا النوع من فجوة الذاكرة عن فجوات الذاكرة العضوية المنشأ .

اختلال الاهتداء إلى الزمان والمكان والأشخاص

disorientation for time, place and persons

كلنا نعلم الوقت والتاريخ واليوم الذي نعيش فيه وأين نكون ومع من نتعامل . ويختل هذا الاهتداء إلى الزمان والمكان والأشخاص disorientation for time, place and persons في الاضطرابات العضوية للمخ (وخاصة الاضطرابات الحادة) حيث لا يستطيع المريض أن يعرف الوقت ، فقد يظن أنه في المساء وهو في الصباح ، ولا يعي أنه في مستشفى ، ولا يعرف الأشخاص الذين يجب أن يعرفهم ، فلا يعرف الممرضة من زيها وقد لا يعرف أهله . يبدأ هذا الاختلال عادة في مجال الاهتداء إلى الزمان ، ثم يعقبه اختلال الاهتداء إلى المكان والأشخاص مع اشتداد المرض .

اختلال النشاط الحركي

motor activity disturbance

قد يختل النشاط الحركي بالزيادة على هيئة تململ أو هياج ، أو بالنقص في صورة التباطؤ أو الذهول ، أو تحدث نشاطات حركية غريبة في قسمات الوجه أو بالتصنع mannerism ، أو النمطية stereotypy ، أو المعاندة negativism ، أو بطء الحركة .

التململ restlessness والهياج excitement

يظهر التململ restlessness في تكرار حركة أجزاء الجسم كله دون هدف كمخرج للتوتر والضيق . ونلاحظ هذه العلامة في القلق والاكتئاب وكثير من الاضطرابات النفسية الحادة . وقد

يصل ذلك إلى حد الهياج excitement حيث يؤدي النشاط الحركي المفرط إلى إيذاء المريض لغيره من الأشخاص والأشياء أو إيذائه لنفسه .

تباطؤ الحركة motor retardation والذهـــول stupor

نلاحظ تباطؤ الحركة motor retardation في الاضطرابات التي يحدث بها تبـاطؤ التفكير وفي الحالات الشـديدة يتافـقم التباطؤ إلى حـالة من الذهول stupor أو الدهشـة حيث يتوقف الـنشاط التفكيـري والحركي تقريباً ، رغم أن عـيني المريض منتبهتـان وأن إفاقته كـاملة . يحدث هذا الذهول النفسي في بعض الحالات الشديدة للفُصَام والاكتئاب والانشقاق (التفارق) dissociation .

النشـــاط الحركي غير الطبيعي
abnormal motor activity

يأخذ النشـاط الحركي غيـر الطبيعي صـورة حركات غريبـة . قد يؤدي ذلك إلى حركـة انقلاب قسـمات الوجـه (التكشـير) grimaces أو اتباع أسلوب الـتصنع mannerism في أداء النشاط الحركي الهادف المعـتاد ، كأن يتبع المريض أسلوبـاً غريباً في مشيـته أو في تناول الأشياء . كـما قد يظهر النـشاط الحركي الشــاذ في نمطية stereotypy الحركات التـي تتكرر بنفس الطريقة أو نفس القالب دون أن تؤدي هدفـاً . وقد يرفض المريض القـيام بما يطلب منه القـيام به أو يقوم بخـلافه أو نقيضه فيما يعرف بالمعاندة negativism . كذلك قد يحاكي المريض حركة الآخرين أمامه فيما يعرف بالأداء الصَّدَوي echopraxia . ويعتبر الفُصَام أهم مرض نلاحظ فيه جميع هذه الأنواع من النشاط الحركي غير الطبيعي .

أعـراض وعلامات اختلال الحكم على الأمور

يختل حـكم المرضى على ما يحـيط بهم من أحداث وأشيـاء في الاضطرابات الذُهَانية والـتخلف العقلي بســبب عـدم ارتباطهم بالواقع الذي يعيـشون فيه . يخطئ المريض في تقـديره لما يحدث في بيئته ، فلا يستطيع الحكم على خطورة موقف أو احتياط ضروري . وتختل قدرته على ربط الأسباب بالنتائج ، فلا يسـتطيع توقع النتائج كما يتوقـعها الأسوياء في أي موقف يعـرضون له ، ولذلك فإن هؤلاء المرضى غير قادرين على تدبيـر وتصريف شؤونهم بأنفسهم ، وكثيـراً ما يخطئون في حكمهم على أنفسهم وعلى حالتهم الصحـية ، حيث تغيب بصيرتهم insight بسبب وجود المرض لديهم ، ولا يقبلون حكـم الآخرين عليهم بأن لديهـم مرض نفسي ، فـيرفضـون العلاج لقلة بصـيرتهم في أمورهم الصحية .

فـن المقابلـة
(الزيـارة الطبية)

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي
الأستاذ الدكتور محمد خليل حداد

تعريـف المقابلـة

المقابلة Interview في الزيارة الطبـية هي نوع من التـواصل اللفظي يتعلـق بشخصين يـقوم كل منهما بالتكلم والاستماع من حين لآخر .

الفـرق بين المقابلة والمحادثة العاديـة

1 ـ هناك دائماً هدف معين للمـقابلة وهو الوصول إلى التشخيص المرضي أو مـعالجة المريض ، بينما تتم كثير من المحادثات لأسباب اجتماعية متفاوتة ودونما هدف معين .

2 ـ للمقابلة تركيب خاص يتكون من أجزاء محددة ، بـينما المحادثة تفتقر إلى ذلك العنصر ، وعادة ما تكون غير محددة .

3 ـ التحكم ، تسير المقابلة وتوجه إلى غرض محدد بينما لا يُطلب ذلك في المحادثة .

المقابلـــة الطبيـــة (الزيـــارة الطبيـــة)

المقابلة الطبية هي المقابلة التي تتم بين الطبيب والمريض وتتلخص كما يلي :

عند مقابلة المـريض ، فإن مهمة الطبـيب هي التصرف بالطريقة التي تجـعل المريض يثق به وتجعله يفصح عن شكواه ، كما أن عـليه الحصول على التاريخ المرضي (السيرة والسـوابق المرضية) لمشكلة المريض بدقة وعناية ، وفي الطب النفـسي يقوم الطبيب بفحص الحـالة النفسية للمريض ، وغـالباً ما يتبع ذلك فحص طـبي عام على أجهزته المختلفـة . وقبل إنهاء المقابلة يجب على الـطبيب أن يشرح للمريض تصوره عن مشكلته المرضية ، والتشخـيص المحتمل لحالته ، وأن يناقشه في الخطوات التالية التي يزمع أن يقوم بها من فحوصات طبية وعلاج ومتابعة .

مشــاكل المقابلــة الطبيــة

أفادت دراسة الأداء الطبي لطلبة كليات الطب في سـنوات تدريبهم السريرية ، بل وكذلك لبعض الأطباء الممارسين أثناء مقابلاتهم لمرضاهم ، أن هناك بعض الصعوبات وكثيراً من نقاط الضـعف في هذه المقابلات ، أهمها :

1 ـ عدم الحصول على التاريخ (السيرة والسوابق المرضية) للحالة الحاضرة بالتفصيل .

2 ـ عدم استكشاف الجوانب الاجتماعية والنفسية لمرضاهم .

3 ـ إسـاءة استـخـدام الوقت المتـاح ، وتبديده فـي تكــرار لا داعٍ له لبـعض الأسـئلة التي تغطي معلومات سبق الحصول عليها .

4 ـ تجنب بعض جـوانب حيـاة المريض الخاصـة مثل أمـور الزواج والجنس ، وحتى عندمـا يتطوع المريض بالإدلاء ببعض المعلومـات المتعلقة بهـذه الجوانب ، فإنه غالبـاً ما يقوم الطبيب بتـحويل مجرى الحديث إلى موضوع آخر محايد .

5 ـ إهمال نظرة المريض تجاه مرضه ، والأثر الذي يخلفه المرض على حياة المريض وذويه .

6 ـ توجيه المريض منذ بداية المقابلة تجاه موضوع محدد ، وتحديد إجاباته بحيث تكون رداً على أسئلة الطبيب بنعم أو بلا ، بدون ترك الحرية له لكي يقدم شكواه كاملة .

7 ـ ترك الحرية المطلقة للمريض في تقديم الشكوى بحيث يتطرق إلى مواضـيع غير هامة وغير مفيدة بالنسبة للمشكلة المرضية .

8 ـ النظر إلى الساعة لمتابعة الوقت ، مما يتسبب في إيذاء شعور المريض وشعوره بالإحراج .

9 ـ عدم دقة المعلومات التي يحصل عليها طالب الطب أو الطبيب من المريض .

10 ـ عدم استبـيان ما يقصده المريض ببعض التـعبيرات التي قد يكون لها مـعنى مغاير لدى المريض عما يفهمه الطبيب .

11 ـ التركيز على الأعراض المتعلقة بالمشاكل الجسمية ، وتجاهل الأعراض النفسية .

12 ـ إهمال أو تجـاهل إيماءات التواصــل غير اللـفظي (تعبيرات الوجـه ، نظرات العين ، إشارات اليد ، وضع الجلوس ، النشـاط الحركي ... إلخ) على الرغم من أنها قد تفـصح عن الكثير عما يدور أو يعتلج في صدر المريض وذهنه .

13 ـ صياغة الأسئلة الموجهة إلى المريض بطريقة معقدة ، أو أطول من اللازم ، بحيث يصعب على المريض فهم المقصود من السؤال .

14 ـ عدم تعريف الطبيب بنفسه (بذكر اسمه ووضعه الوظيفي) والغرض من الزيارة .

15 ـ عدم التوفيق بين تدوين الملاحظات والاهتمام بالمريض من خلال التواصل البصري مع المريض أثناء المقابلة .

16 ـ الشعور بالملل أو اتخاذ موقف عدائي . وتوجيه أسئلة استفزازية للمريض مما يترك أثره على العلاقة بينهما .

أصول المقابلة (الزيارة الطبية)

1 ـ إطار المقابلة (الزيارة الطبية)

إن التحدث إلى المريض عبر المكتب أو من على كرسي مرتفع يولد شعوراً بفارق اجتماعي ، مما يجعل المريض متحفظاً في علاقته مع الطبيب وغير مقبل عليه ، كما يجب المحافظة على مسافة مناسبة ، حيث أن كلاً من اختراق المسافة الشخصية للمريض أو البعد عنه بمسافة كبيرة يؤثر سلبياً على سير المقابلة .

ويجب على الطبيب أيضاً أن يراعي احترام خصوصية المريض أثناء المقابلة ، وكذلك عدم الانشغال بمكالمات هاتفية أو التشويش بأصوات أجهزة النداء .

2 ـ بداية المقابلة (الزيارة الطبية)

عند دخول المريض يجب أن ينهض الطبيب واقفاً وأن يتحرك نحوه مصافحاً محيياً إياه ، ذاكراً اسمه ولقبه .

ثم يشير بوضوح بالكلمة وبإشارة اليد إلى المكان الذي يرغب أن يجلس فيه المريض .

ثم يجلس الطبيب متخذاً وضعاً يوحي بالاهتمام والود ، ويذكر الغرض من المقابلة .

كما يجب أن يذكر بوضوح الوقت المتاح لهذه المقابلة .

ويجب أن يوضح أيضاً أنه يرغب في أن يدون بعض الملاحظات كي تساعده على تذكر ما يتم في هذه المقابلة ، مع التأكيد بأن أية مواد مدونة ستخضع للسرية التامة .

3 ـ استخلاص المعلومات

يجب البدء باستخدام الأسئلة المفتوحة والعامة مثل :

ـ حدثني عن المشكلة .

ـ أخبرني عن بداية القصة .

وإذا استخدم المريض اصطلاحات معينة ، أو كلمات ذات مدلولات متعددة فيجب استيضاح المعنى الذي يقصده بدقة ووضوح .

ولتشجيع المريض على الاستمرار في مجرى الحديث هناك طرق التسهيل اللفظي كأن يقول له الطبيب .

ـ استمر ، حسناً . . إلخ .

وطرق التسهيل غير اللفظي أيضاً مفيدة ، كأن يهز الطبيب رأسه أو يشير بيده للاستمرار .

وقد يجد الطبيب صعوبة في الجمع بين هذه الأمور ، وتدوين الملاحظات في وقت واحد ، ولكن يتم التغلب على تلك الصعوبة إذا حرص الطبيب على أن ينظر إلى المريض عند نهاية كل مقطع من كلماته .

وإذا ما انتقل المريض إلى موضوعات فرعية وغير متعلقة بالموضوع الأساسي فيجب على الطبيب أن يقاطعه برفق وكياسة ويعيده مرة أخرى إلى الموضوع الرئيسي .

ويجب تشجيع المريض على أن تكون معلوماته محددة ودقيقة ، بأن يعطي تواريخاً للحوادث التي يذكرها ، أو يعطي أمثلة حقيقية لما يقول ، أو يصف يوماً عادياً تقليدياً في حياته اليومية ، وهكذا .

ومن الأمور التي يجب على الطبيب أن يلاحظها ولا يغفلها الإشارات غير اللفظية ، كالتغير في نبرات الصوت عند الحديث عن موضوع معين ، أو التغير في تعبيرات الوجه أو اتخاذ وضع معين في جلسته ، عند ذلك يجب على الطبيب أن يعلق قائلاً مثلاً :

ـ إنك تبدو غاضباً ، أو إنني أرى الدموع في عينيك ... إلخ .

4 ـ المراجعة

عندما يشعر الطبيب أنه انتهى من الحصول على التاريخ المرضي يجب عليه أن يستعرض تلخيصاً سريعاً لمشكلة المريض ، معقباً على ذلك بسؤال استقصائي .

« هل هناك شيء آخر تريد أن تضيفه ؟ هل أنت متأكد ؟ » .

وذلك لتدارك أي أمـر هام يكون المريض قد نـسي ذكـره أو لم تواتيه الشجـاعة للتـحدث عنه في مرحلة سابقة .

5 - الشـــرح والبيـــان

بعد انتهاء الطبيب من الحصول على السوابق والسيرة المرضية (التاريخ المرضي) ، وفحص الحالة النفسية والفحص الجـسمي العام ، يجب أن يشرح للمريض التشخيـص المحتمل لحالته ، والخطوات التاليـة التي ينوي القيام بهـا ، ويجب أن يتم ذلك باستخدام لغـة بسيطة واضحـة يستطيع المريض أن يفهمها ، وفي حالة وصف أدوية يجب ذكر سبب ذلك ، وشرح الآثار الجانبية المحتملة ، والتأكد من أن المريض قد استـوعب تماماً تفاصيل تعاطيـها من حيث الجرعة ووقت تناول الدواء ومـدة تعاطيه ، وذلك من خلال الطلب من المريض إعادة تعليمات استعمال الدواء مرة أخرى .

6 - إنهـــاء المقابلـــة

يتم ذلك بجملة ختامية من الطبيب يذكر فيها تاريخ ووقت المقابلة (الزيارة) التالية .

" ـ حسناً ، إذا لم يكن لديك أسـئلة أخرى ، أعتقد أنـنا يمكننا أن ننهي المقابلة الآن ، وآمل أن أراك مرة أخرى في خلال أسبوعين ، (ويذكر اليوم ... ، الساعة) بإذن الله .

التدريب على فـن المقابلة (الزيارة الطبية) في مجال الطب النفسي

يرى الدكتور ماجوير ، وهو من أبرز من أجروا دراسات على فن المقابلة الطبية (الزيارة الطبية) ، أن المقابلة الطبيـة (الزيارة الطبية) عـامة ، وفي مجال الطـب النفسي خاصة ، تحـتاج إلى تدريب منهجي ، ويجب أن تشتمل على العناصر التالية :

1 - المخطــط التفصيلـــي

يجب أن يحـصل المتدرب على مـخطط تفصـيلي موضح فـيه المجالات التي يـجب تغطيتـها ، والأسئلة التي تستخـدم للحصول على المعلومات المطلوبة ، وكذلك الأسلوب الذي يجب اسـتخدامه عند توجيـه هذه الأسئلة ، وقد يستـفيد المتدرب من التـعامل مع المرضى كي يلاحظ نوعيـة الأسئلة والمهـارات المطلوبة لإنجاح المقـابلة ، ومن الممكن أن يتم ذلك إمـا بالمتابعـة المباشـرة عن طريق دائرة تلفزيونية مغلقـة ، بعد استئذان المريض ، أو عن طريق مشاهدة أفـلام فيديو تعليمية معدة خـصيصاً لهذا الغرض .

2 ـ التدريـــب المتدرِّج

بعد أن تتـضح للمتدرب الأمور النظريـة المطلوبة ، يجب أن يبدأ التطبيق بالتـدريب على جوانب معينة ومحددة في المقـابلة النفسية ، كأن يبدأ بالتدرب على الحصـول على السوابق والسيرة والسوابق المرضـية (التـاريخ المرضي) للحـالة الحاضـرة ، وفي مناسـبـة أخرى على (التـاريخ) الشخـصي للمريض . أو فـحص الحالة النفسيـة وهكذا . . والغرض التدريب يفـضل اختيار المرضى المتـعاونين والابتعـاد عن الحالات الصـعبة ، ويجب على المتـدرب أيضاً أن يحـدد وقتاً مـعيناً للمقـابلة أثنـاء التدريب ، حتى يتضح له كيفية استـغلاله لاقتصاديات الوقت مع المحافظة على الألفة مع المريض في نفس الوقت .

وينصح أيضاً بتسـجيل هذه المقابلات التدريبية على أشـرطة فيديو ، أو أشرطة كاسيت سـمعية ، وذلك لمراجـعة الأداء مع المشـرف أو الأستاذ الذي يـقوم بتدريـبه ، وعادة مـا يتجـاوب المرضى مع المتدربين إذا ما شرحت لهم الأسباب بطريقة لبقة .

3 ـ التقييـــــم بالمراجعــة

هو التقييم عن طريق مراجعة تسجيل المقـابلة على شريط الفيديو أو شريط الكاسست لملاحظة سير المقابلة ، ولشـريط الفيديو ميزة إضـافية حيث أنه يوضح جـوانب التواصل communication غير اللفظي بين الطبيب والمريض أثناء المقابلة .

4 ـ الإشـــــراف

لاشك أن المتدرب يستفيد كثيـراً من تطبيق الخطوات السابقة ، وفي أثناء ذلك يتلقى توجيهات ممن يشرف على تدريبه ، وذلك بمتابعته أثناء التدريبات ، وتنبيهه على نقاط ضعفه ونقاط قوته ، وتوجيهه إلى الخطوات والوسائل التي تجعل مقابلاته في المستوى الأفضل .

الخلاصـــة

قد يعاني معظم الأطباء النفسيين ، مثلهم مـثل باقي الأطباء ، من قصور في مهاراتهم السريرية . وبعض هذه المهارات ، كفن الزيارة الطبية (المقـابلة) ضرورية جداً بالنسبة الطب النفـسي ، ومن الممكن التـدريب على هذه المهـارات . والطبيب النفـسي المتـدرب على هذه المهارات هو أقـدر على تشخيص المرض النفسـي من غيره ، لذا يجب الاهتمام بإدخال علم الزيارة الطبـية (المقابلة) ضمن البرنامج التـدريبي للأطباء النفسـيين أثناء سنوات تدريبهم وبالطريقة التي تكفل الأداء الأمـثل لهؤلاء الأطباء .

التَّــدَرُّج في التشخيص التفريقي

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تتداخل معظم الأعراض النفسية ضمن الأمراض العضوية وأمراض الطب النفسي . فقد تظهر كل أعراض الاكتئاب أو الهَوَس مع قصور الـدرقية أو فرط نشاط الكظر ، وقد تطغى أعراض القلق على أعراض نقص سكر الدم أو ورم القواتم pheochromocytoma أو تدلي الصمـام الميترالي mitral valve prolapse ، أو يصاحب الأمراض الروماتزمية أو الـصرع أعراض ذُهَانية أو وُهَامية ، بل إن كثيراً من اضطرابات الاستقلاب (الأيض) metabolism ، مثل فشل الكلية أو الكبد أو القلب أو الرئة تبدأ بالأعراض النفسية وتصل أحـياناً إلى مرحلة الهَذَيَان من هياج وهلاوس واضــطراب الذاكرة . ولذا كان على الطبيب أو المـمارس العام أن يلم بنظام يتبعـه حتى لا يفوته التشخـيص الصحيح ، وقد وجد أن هذا النظام يتدرج بدءاً بالأمراض العضوية وينتهي باضطرابات الشخصية .

1 ـ الأمــراض العضويــة

organic diseases

يجب أخذ السيرة والسوابق المرضية (التاريخ) بالشكل الوافي من المريض ، وفحصه جسدياً بحثاً عن مرض عـضوي organic disease وسؤاله عن أي أمـراض عضـوية سـابقة ، حـتى إذا كانت شكواه أساسـاً من أعراض نفسيـة ، فحالة الهَذَيَان مـثلاً قد تكون ثانوية لنقص الأكسـجين سواء من مرض في الرئة أو القلب ، أو ثانوية لاستعمال الأدوية المختلفة التي تستعمل في الرعاية المركزة أو في علاج الأمراض الخـبيثة ، أو بعـد استعمـال المواد الكحولـة أو المخدرة . وقـد يأتي المريض في حالة هياج أو هَوَس أو توتر أو هلاوس سمــعية وبصرية ، أو ضلالات وخيـالات ، ويتخلل ذلك تشوش في الوعي وفي معرفة الزمان والمكان ، وهذه الأعراض الأخيرة تميز بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية التي عادة ما يكون الوعي فيها في حالة سوية ، وبالطبع سيتجه العلاج إلى السبب الأولي .

2 ـ الفُصَام schizophrenia والعُصَاب الوُهَامي (الضّلالي)

delusional neurosis

قــد تبدأ هــذه الأمراض بأعــراض القلق ، والتــوتر ، والاكــتئــاب ، والهَــوَس ، والوســواس ، والانعزال وتوهم المرض . ولذا يجب البـحـــث عن الاضطرابات في الإدراك من هلاوس ووهـــام (ضلال) ، أو اضطرابات التفكير ، والــتدهور في الدراسة أو العمل ، وتغير الشخـصية ، حتى لا تشخص هذه الحالة وكأنها من الاضطرابات التي تليها .

3 ـ اضطرابات المزاج (الوجدان)

mood (affective) disorders

يصاحــب هذه الاضطرابات أعراض عـصابية مـثل القلق ، التــوتر ، النزق ، الهبــوط الحركي ، النشاط الزائد ، الوساوس القهرية ، الإعياء النفـسي ، ولكلٍ منها علاج مختلف ، ولذا يجب التأكد من استبعاد هذا الاضطراب أولاً ، خاصة أن اضطرابات المزاج قـد تكون مستترة أو مقنعة تحت غطاء الأعراض النفسية .

4 ـ الاضطرابات العصابية والانفعالية التالية للكرب

post-stress neurotic and emotional disorders

وكما ذكرنا ســابقاً يحتمل أن تظهر هذه الأعراض مع الأمراض العـضوية ، أو اضطرابات الفُصَام أو اضطرابات المزاج ، فإن لم تكن ثانوية للمتلازمات السابقة ، فهنا تستطيع التشخيص أنها اضطراب عـصــابي أولي ، فــمـثــلاً العــصــاب المراقي (توهم المرض) hypochondrial neurosis (أي الشـــكوى من أعراض بدنيـة دون وجود علامات أو مرض عــضوي) ، يحتمل أن تكون مصــاحبة لمرض عضــوي مثل تصلب شرايين المخ أو الصرع . وقــد تكون ثانوية لمرض الفُصَام أو الاكــتئاب أو الهَوَس ، إلى جانب احتمال أن تكون اضطراباً عصابياً أولياً .

5 ـ اضطرابـــات الشـــخصية

disorders of personality

إذا كان الشــخص يعاني من أعراض مخــتلفة ، واستـبعدنا المجمــوعات الأربعة السابقــة ، وكان الاضطراب منذ الطفولة أو المراهقــة مع الصعوبة في التكيف مع المجتـمع والعمل والأسرة ، وسلوك

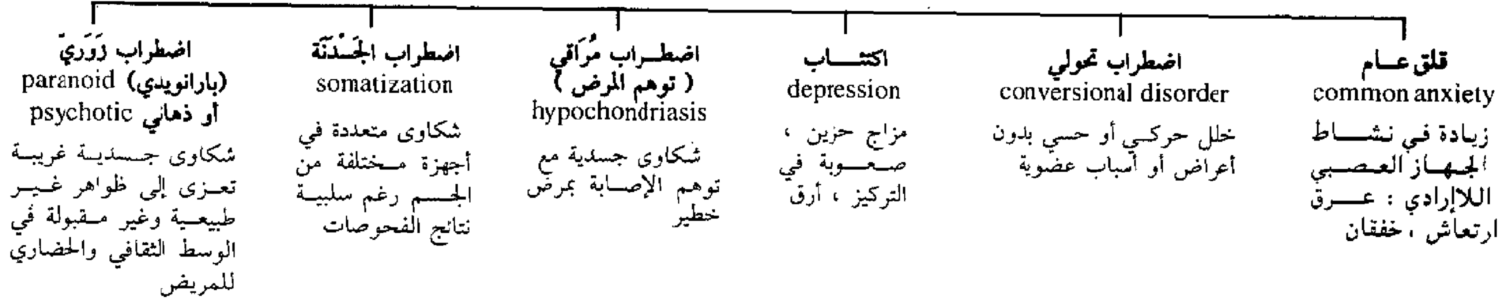
مخالف لتقاليد المجتمع ، فإن التشخيص يكون متواكباً مع اضطرابات الشخصية ، مثل الشخصية الذاتوية autistic ، أو الاكتئابية ، أو القهرية ، أو الهيستيرية ... إلخ .

ونلاحظ في هذا التدرج قيمة التشخيص الفريقي حيث تشترك الأعراض العصابية والذُهَانية في كل هذه المتلازمات ، ويجب أن يكون التشخيص والعلاج نابعاً من هذا التدرج .

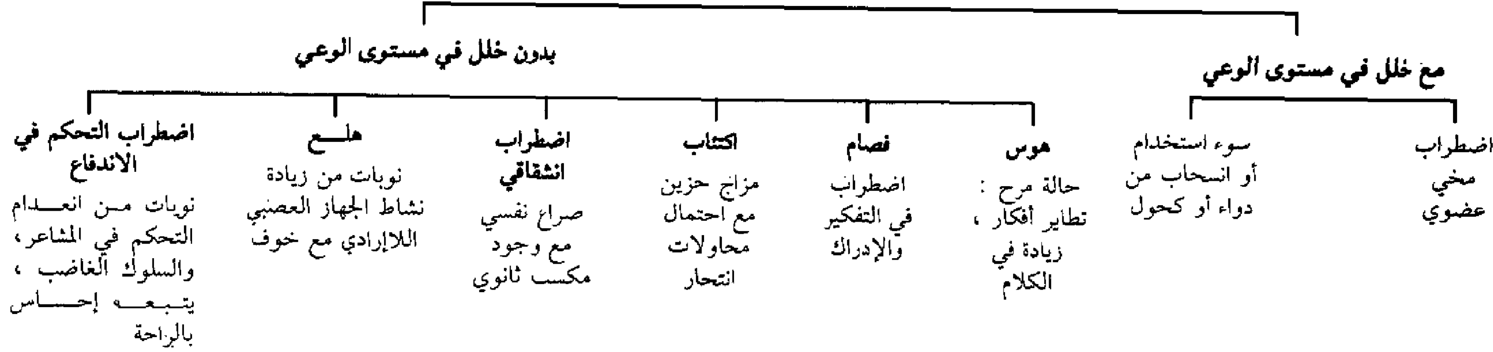
وفي الحالات المختلطة الأعراض يكون التشخيص هو الاضطراب الأسبق في هذا التدرج ، رغم ما يشوبه من أعراض اضطرابات تالية في التدرج . فإذا كان لدى المريض أعراض فُصَامية وأعراض مزاجية يكون التشخيص اضطراباً فُصَامياً تشوبه أعراض مزاجية ، ولا يجوز أن يكون التشخيص في هذه الحالة اضطراباً وجدانياً تشوبه أعراض فُصَامية ، لأن اضطرابات الفُصَام تسبق اضطرابات المزاج في التدرج التشخيصي .

تَدَرُّج مجريات التشخيص التفريقي (1)

1 ـ أعراض جسدية بدون أسباب عضوية



2 ـ حالات الهيـاج excitement



تَدَرُّج مجريات التشخيص التفريقي (2) تابع

3 ـ الجُمْـــــدَة catatonia

مع عدم وجود تشوش في الوعي

- اكتئاب
- اصطراب تفارقي (انشقاقي)
- فصام
- محدثة بدواء نفساني التأثير
- متلازمة مخية عضوية
- الأدوية النفسانية التأثير

مع وجود تشوش في الوعي

- متلازمة مخية عضوية
- سـوء استـخـدام الأدوية النفسانية التأثير

4 ـ فقد الذاكــــرة

حـــــاد

تفارقي (انشقاقي)
خاص بأحداث محددة ، عادة بعد كرب

فقدان ذاكرة شامل مؤقت
بدون كـرب ، تـتـضـمن الأحداث القريبة والبعيدة

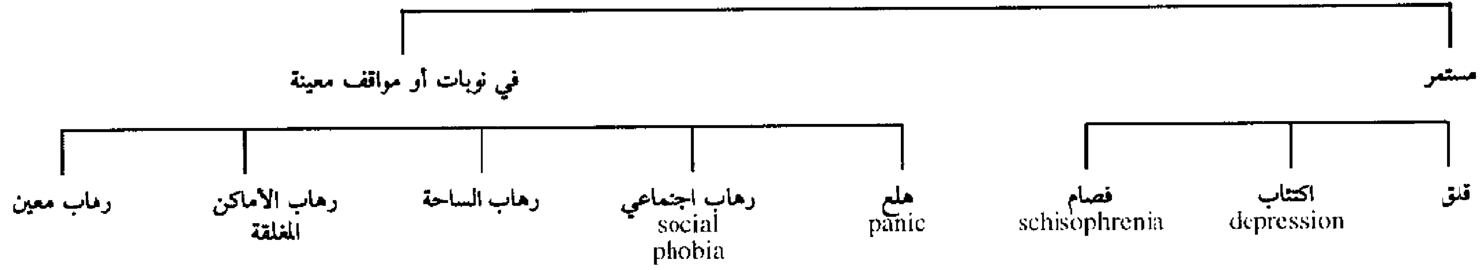
هذيان
هياج
هلاوس
سوء توجُه

تدريجـــي

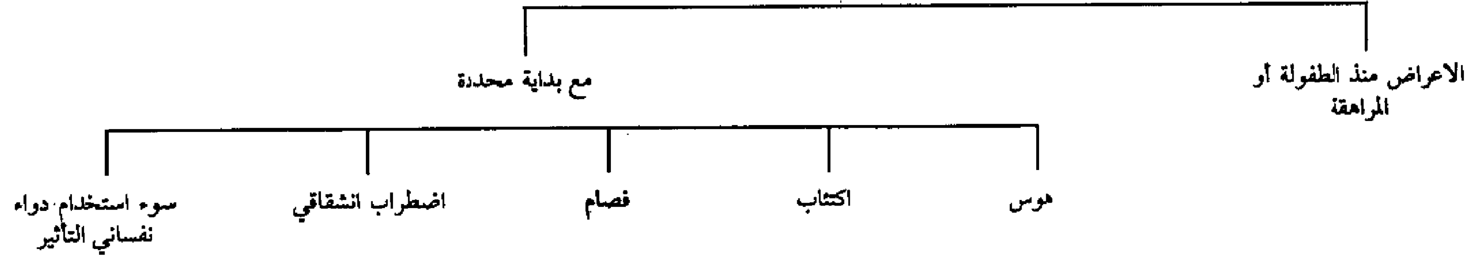
خـــرف
بداية تدريجـيـة تضـبب في البداية الأحداث القريبة

تَدَرُّج مجريات التشخيص التفريقي (3) تابع

5 ـ رُهاب phobia



6 ـ سلوك شاذ وتبدل في الشخصية بدون سبب عضوي



مقدمــــة عن التصنيــف
وتجربة التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

مقدمـــة

يعتبر تصنيف Classification الأمراض النفسية من المهام الخطيـرة التي شغلت الأطباء النفسيين وقتاً طويلاً وحتى الآن ، ويرجع ذلك للأسباب التالية :

1 ـ إن الحد الفاصل بين الصحة والمرض النفسي هو حدّ غامض في غالب الأحيان ، حيث لا توجد مقاييس محددة نقيس بها درجات وأنواع البعد عن الحالة السوية ، وبالتالي لن يكون من السهل وضع التصنيف (وذلك واضح في فصل مفهوم الصحة والمرض)

2 ـ إن ممارسة الطب النفــسي وبالتالي تصنيف الأمراض النفـسية تختلف من بيئـة لبيئة ومن ثـقافة لثقافة .

3 ـ إن هناك تداخلاً بين ما يتعلق بالمرض النفـــسي وما يتعلـق بالأخلاق وما يتعلق باختراق للقانون (الإجرام) بحيث توجد مناطق غامضة بين كل فئة من هذه الفئات والأخرى .

4 ـ إن وصف الأعراض ووصف كل مرض لم يُتَّفق عليه بشكل يسمح بالتعميم العملي .

5 ـ إن هناك مناطق تداخلات كثيرة وواسعة بين كل فئة والفئة الأخرى .

6 ـ إن اللغة العلميـة المستعملة في التشخيص والتـصنيف هي لغة فضفاضة لم تـتحدد بشكل نهائي متفق عليه بعد .

التشـــخيص والتصنيـف وصياغـة الحالـة

على أنه ينبغى الفصل ابتداء بين كلٍّ من التصنيف والتشخيص وصياغة الحالة .

فالتصنيف هو علم تقسيم الأمراض إلى فئات نوعية متميزة .

والتشخـيص هو محاولة وضع لافـتة محددة ، باسم معـيّن (بالإضافة إلى أبعـاد أخرى) لحالة بذاتها في وقت الفحص أو التقرير ، وهذه اللافتة تؤخذ عادة من نظام تصنيفي محدد .

أما صيـاغة الحالة فهي عمليـة متكاملة أكبر من التشـخيص ، لكنّها تشمله وتبـدأ منه ، يقوم بها فاحص بذاته ، لتمييز وترتيب المعلومات الخاصة لكل حالة على حدة بما يفيد الإجراء الواجب اتخاذه بشأنها في الممارســـة العملية .

نبـذة عن تجربة التصنيف الدولي للاضطرابـات النفسـية

لَمّا كان الأمر بهذه الصـعوبة والتداخل ، فقد أدركت منظمة الصحة العـالمية من قديم ، وهي تُعدّ التصنيف الدولي للأمراض وأسبـاب الوفيات ، أدركت هذه الصعوبة بالنسبة للأمراض الـنفسية بوجه خاص . وحتى المراجعة التـاسعة للتصنيف كانت تذكر الأمراض النفسية بأسـمائها دون دليل مشروح خاص ، باستثناء المراجعة الثامنة للتصنيف الدولي التي اشتملت على دليل مفصل بالشروح ، مناسب للأمراض النفـسية والعـقلية ، أسوة بالتصـنيف الأميركي الأول والثاني ، ثـم تطور هذا الدليل حتى ظهرت معالمه المميزة في المراجعة التاسعة للتصنيف .

غير أنه في المراجعة التاسعة للتصنيف كـان التصنيف يشمل وصفاً عاماً دون تحديد رواميز codes منظّمة ومرتبة بشكل تراتبي تحدد وتصنف معالم وماهية كل مرض . فبدأت المحاولة العظيمة الأخيرة للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض الذي تميّز بما يلي :

أولاً : استغرق مدة طويلة لإنجازه وشارك فيه معظم المهتمين من كل أنحاء العالم .

ثانياً : أجريت تجارب متـعددة في حقل الممارسة السريرية للتحقـق من ملاءمة المسودات الواحدة تلو الأخرى .

ثالثاً : ظهر في شكل ثلاث صور عملية ، أهمها بالـنسبة لهذا الكتاب الصورة المبسطة التي سوف تستعمل في الرعاية الصحية الأولـة ، ثم صورة متعددة المحاور اهتمت بالفروق الثقافية والبيئية ودرجة الإعاقة جنباً إلى جـنب مع الرواميز الوصفية التشـخيصية ، ثم صورة للروامـيز التشخيصـية الصالحة للبحث العلمي .

رابعاً : إن الاتفـاق كاد يتم على عـدم تغيـير هذا التـقسيم لمدة قـد تزيد على عشـر سنوات بما سيسمح له بالاختبار الجيّد على مستوى العالم .

إشـــارة إلى صورة التقسيم الخاصة بمستوى الرعاية الصحية الأولية

قسمت الأمراض النفسيـة في هذه السخة إلى ثماني فئات categories بالإضافة إلى فئة أخرى هي فئة « أمـراض أخرى others » ، وتشمل :

(1) الاضطرابات الخاصة بالأطفال والمراهقين ،

(2) التخلف العقلي ،

(3) المشاكل المتعلقة بالكحول والعقاقير ،

(4) الاضطرابات النفسية العضوية ،

(5) الاضطرابات الذُهَانية وتشمل الفُصَام والهَوَس والاكتئاب الشديد ،

(6) اضطرابات القلق والاضطرابات المتعلقة بالكرب والشكاوى الجسدية ،

(7) اضطرابات الشخصية واضطرابات السلوك ؛

(8) قائمة بالمشاكل (مثل مشاكل النمو ، مشاكل الجنس)

(9) تشـــخيص غير نهائي (لم يتضح بعد) .

الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة

الأستاذة الدكتورة أميرة جمال سيف الدين
الأستاذة الدكتورة سهام راشد
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي

يشكل الأطفال ، الذين لم تتجاوز أعمارهم 15 عاما ، في معظم دول المنطقة العربية حوالي 40% من السكان .

والاهتمام بالمشاكل النفسية للطفل (وبالذات الطفل العربي) ، غير متوافر ، ويرجع السبب غالباً إلى الاهتمام بالجزء العضوي فقط من جهة ومن جهة أخرى إلى عدم اللجوء للطب النفسي لأنه يعتبر وصمة .

تعتبر المشاكل النفسية في سن الطفولة والمراهقة كثيرة ، وبعض منها مميز لهذه المرحلة العمرية مثل التخلف العقلي وبعض المشاكل السلوكية ، والبعض الآخر تكون العوامل الاجتماعية فه ذات أثر على الحالة النفسية للطفل ، مثل صعوبات التعلم في المدارس ، حيث أن الطفل في حالة نمو جسدي ونفسي وطرق التعامل السليمة مع الطفل من أهم المؤشرات التي تساعد في التغلب على الأزمات النفسية خلال هذه المرحلة العمرية .

يمكن تقسيم الاضطرابات النفسية التي تواجه الطفل والمراهق كالتالي :

1 ـ اضطرابات معرفية cognitive : التخلف العقلي .

2 ـ اضطرابات سلوكية behavioral: التبول اللاإرادي ، النشاط الزائد ، تشتت الانتباه ، الجنوح .

3 ـ اضطرابات انفعالية emotional : القلق والاكتئاب والرُهَاب .

4 ـ اضطرابات النماء development : صعوبات التعلم .

أولاً : الاضطرابات المعرفية
cognitive disorders

التخلف العقلي
mental retardation

تعريـــف

التخلف الـعقلي mental retardation أداء ذهني أقل من المتـوسط بكثيـر بالإضافـة إلى خلل ملحوظ في قدرة الشخص على التركيز مع المتطلبات اليومية للبيئة الاجتماعية .

صفات المتخلف عقلياً

- بطء في الاستجابة .
- عدم القدرة على الفهم السريع .
- عدم القدرة على اتخاذ قرار .
- صعوبة في التركيز .
- يبدو سريع الملل .
- صعوبة في التآزر الحركي .
- صعوبة في التذكر .
- تسهل إثارته في بعض الأحيان .
- تأخر في النمو .
- في أثناء الدراسة يبدو مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل .

كيفيـــة قياس التخلف العقلي

يقاس التخلف العقلي بعمل اختبارات ذكاء وقياس حاصل الذكاء (.I.Q) كالتالي :

$$\text{حاصل الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

ويساوي حاصل الذكاء للطفل العادي من 90 إلى 110 ، ولبطيئي الفهم من 70 إلى 90 .

والأطفال بطيؤو الفهـم يستمرون في المدارس العادية ، ولا يحولون إلى مـدارس خاصة للتخلف العقلي (المدارس الخـاصة بالمعوقين) . إلا أنـهم يحتاجـون إلى رعاية خاصـة في المدارس العادية ، حيث أن إمكانيتهم في التحـصيل والتعلم تكون محدودة ، ودائماً يحتاجون إلى مـساعدة للفهم حتى لا يصابوا بالإحباط frustration نتيجة لعدم قدرتهم على مـجاراة باقي تلاميذ الصف في الدراسة وحتى لا يصابوا بأمراض نفسية نتيجة لهذا الإحباط .

ما هي درجات التخلف العقلي

يصنف التخلف العـقلي حسب التصنيف الدولي لمنـظمة الصحة العـالمية إلى أربع مجمـوعات ، حسب نتيجة اختبار الذكاء :

- تخلف عميق profound : حاصل الذكاء (0-19)
- تخلف شديد severe : حاصل الذكاء (20-34)
- تخلف متوسط moderate : حاصل الذكاء (35-49)
- تخلف بسيط mild : حاصل الذكاء (50-70)

وهناك فروق بين فئات التخلف العقلي المختلفة وهي موضحة في الجدول التوضيحي المرفق :

ما هي أســباب التخلف العقلي

أسباب التخلف العقلي عـديدة ، ونسبة كبيرة منها قابلة للوقاية والعلاج المبكّـر ، ويمكن تجميعها إلى :

أ ـ أسباب أثناء الحمل :

إصـابة الأم الحامل خـلال الشهـور الأولى من الحمل بأي مـن الأمراض المعـدية والتي تؤثر على

درجات التخلف العقلي

درجة التخلف	تخلف بسيط	تخلف متوسط	تخلف شديد	تخلف عميق
النسبة الكلية من المصابين بالتخلف العقلي	%80	%12	%7	%1
حاصل الذكاء	70-50 قابل للتعلم في مدارس متخصصة (التأهيل الفكري)	49-35 يمكن أن يتعلم في مدارس متخصصة (التأهيل الفكري)	34-20 غير قابل للتعلم في المدارس	أقل من 20 غير قابل للتعلم في المدارس
في مرحلة ما قبل المدرسة	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية في سن ما قبل المدرسة	يستطيع الكلام والاتصال بمن حوله لكن بدرجة أقل من أقرانه في نفس السن	توجد دلائل واضحة على تأخر النمو الحركي وبعض التأخر في الكلام	النمو بطيء جداً في الجهاز الحركي والحسي
في مرحلة السن المدرسي	لا يفترق كثيراً عن الأطفال الآخرين في نفس السن ماعدا قدرته على التحصيل فهي لا تزيد على نهاية المرحلة الابتدائية	يستطيع الاستفادة من التدريب في المدرسة ويستطيع اكتساب بعض المهارات في العمل	يمكن تعليمه الكلام ويستطيع تعلم مبادئ النظافة والصحة	النمو الحركي يستمر ويمكن أن يستجيب لبعض التعليمات من النظافة الشخصية
في الكبـــر	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية بسهولة وبعض الأعمال الحرفية	تحصيله الدراسي لا يتعدى الصف الثاني الابتدائي . يستطيع الاعتماد على النفس مع القدرة على أداء بعض الأعمال التي لا تحتاج إلى مهارات في العمل	يستطيع أداء بعض الأعمال البسيطة لكن تحت إشراف مباشر	العناية بالنظافة الشخصية يمكن أن يكتسبها لكن في حدود بسيطة
عند التعرض للضغوط	يمكن أن يحتاج إلى إرشاد وتوجيه	دائماً في حاجة إلى إرشاد وتوجيه	مراقبة دائمة	تحت رعاية خاصة

الجنين مثل الحصبة الألمانية والزهري syphilis ، وفي بعض الأحوال النادرة قد ينتج التخلف العقلي أيضاً عن داء المقوّسات toxoplasmosis .

- تعاطي الأم الحامل بعض الادويه مثل المضادات الحيويه والمهدئات الصغرى خاصة في الاشهر الأولى للحمل .

- التعرض للأشعة السينية X-rays .

- الهزال الشديد للأم الحامل نتيجة النقص الغذائي الشديد وسوء التغذية . وقد وجد أن ثلاثة أرباع المواليد القليلي الوزن والذين لديهم تأخر أثناء النمو لهم علاقة وثيقة بسوء التغذية للأم أثناء الحمل .

- نقص اليود في الأم الحامل .

- تعاطي الأم للكحول (المُسْكِرات) .

- إصابة الأم وحدوث نزيف .

ب - أسباب أثناء الولادة

- إصابة في الرأس أثناء الولادة (مثل استخدام الملْقَط forceps عند الولادة).

- الولادة المتعسرة الطويلة .

- اختناق للطفل أثناء الولادة نتيجة التفاف الحبل السري حول الرقبة ، أو تأخر في التنفس مع ازرقاق بعد الولادة مباشرة .

ج - أسباب تصيب الطفل بعد الولادة

- الحرارة المرتفعة لمدة طويلة والمصاحبة بنوبات اختلاجات convulsions عصبية .

- الإصابة ببعض الأمراض المعدية مثل التهاب السحايا meningitis والسعال الديكي (الشاهوق) pertusis والكزاز tetanus . وتعد مضاعفات complications هذه الأمراض من أسباب التخلف العقلي .

- حالات سوء التغذية الشديدة التي تؤدي إلى ضياع السوائل والأيونات (التجفاف) dehydration نتيجة الإسهال المكرر ، وينتج عنها اختلال شديد في توازن الكهارل electrolytes .

- الإصابة بالرأس نتيجة الحوادث .

د - الأسباب الوراثية

- شذوذ الصبغيات وذلك أكثر حدوثاً في حالة إنجاب أطفال من أم عمرها يقل عن 18 عاماً أو يزيد عن 35 عاماً .

- اضطرابات الجين الواحد : إن كثيراً من أمراض الجين الواحد معروفة عند الإنسان وينجم عن عدد كبير منها التخلـف العقلي . وكثير من هذه الحالات متنحية recessive بالرغم من أن كل حالة على حدة تعد نادرة الحدوث . وعلى سبيل المثال إن بيلة الفنيل كيتون phenylketonuria تعتبر مثلاً جيداً لحالة يمكن أن يؤدي العلاج الغذائي السليم فيها إلى منع حدوث الآثار الضارة ، بالرغم من أن مثل هذا العلاج مرتفع التكلفة ويحتاج إلى مسـتوى عال من الرعاية الصحية . كذلك يعد قصور الدرقـية الوراثي سبباً هاماً من أسباب التخلـف العقلي في البلدان المتقدمـة . ويحتمل أن يكون ذلك صحيحاً أيضاً في البلدان النامية ، غير أن هذه الحالة يمكن علاجها بتكلفة بسيطة نسبياً إذا شخصت عند الولادة أو في شهور العمر الأولى .
- عدم توافق النـمط الجيني genotype للأم والطفل : إن الاضطراب الوحـيد في هذا النوع الذي يتسم بأهمية عمليـة هو التمنيع الإسوي بعامل الراهاء Rh iso-immunization . وتحدث هذه الحالة عندما تحمل أم ذات عامل راهاء Rh سالب جنيناً ذا عامل راها Rh موجب ، وقد يحدث التخلف العقلي نتيجة تلف بنسيج الدماغ .

هـ ـ الحرمان الاجتماعي المفرط

يصحب غياب التـنبيه الاجتماعي social stimulation درجات خفيفة من التخـلف العقلي (حاصل ذكاء 50-70) . وقد يؤدي الحرمان الاجتماعي المفـرط ، ولاسيما إذا اشتمل على انعزال اجتماعي طويل الأمد ، إلى حدوث التخلف العقلي الذي غالبا ما يكون قابلاً للتحسن .

أمراض نفسية عند الطفل يصاحبها التخلف العقلي

هناك أمراض نفسية للطفل تصاحبها حالات التخلف العقلي مثل :

1 ـ الذاتويـة autism وهو مرض ينتج عن انحراف في تطور ونمو الطفل .

2 ـ تشتّت الانتباه .

3 ـ بعض حالات الصرع .

وبما أن التخلف العقلي ليس مرضاً نفسياً ، لذلك توجد طرق كثيرة للوقاية منه والتعامل معه .

الوقايـة من التخلّـف العقلـي

تفترض الوقاية من التخلف العقلي رعاية الأم الحامل أثناء الحمل عن طريق التغذية الجيدة المتكاملة ، وحمايتها من الأمراض المعدية أو الرضوح ، وكذلك عدم تعرضها لأخذ أدوية إلا تحت

إشراف الطبيب ، وطلب المشورة الوراثة ، والإشراف الدوري قبل الولادة لمعالجة فقر الدم أو ارتفاع ضغط الدم ، واكتشاف الولادات المحفوفة بالخطر ، والتشخيص السريع والمبكر لبعض الحالات التي يمكن علاجها مثل القدامة cretinism وقصور الدرقية الوراثي وحالات عدم توافق المستضد راهاء Rh للأم والطفل Rh incompatability ومنع حالات الحرمان الانفعالي المفرط .

أما إذا لم توجد طريقة لمنع التخلف العقلي فيجب التعامل مع الطفل وأسرته . وفي مقدمة ذلك يجب مساعدة الأسرة على تقبل الطفل والعمل على مساعدته ، حيث أن الأطفال ذوي التخلف البسيط والمتوسط هم من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة في التعلم ، وذلك لتنمية الذكاء المكتسب للطفل عن طريق الإرشادات التالية لأسرة الطفل والمتعاملين معه :

1 ـ تعليم الطفل بدون يأس أو ملل مع الحب والحنان .

2 ـ تكرار المعلومة المطلوب تعليمها للطفل مع التشجيع المستمر .

3 ـ مكافأة الطفل على كل عمل جديد يُطلب منه وذلك لحثه على الاستمرار .

4 ـ تحويل العمل المطلوب أو المكلف به إلى لعب حتى يكون أكثر جاذبية للطفل .

5 ـ مشاركة الطفل في كثير من الأعمال المكلف بها لتشجيعه .

6 ـ تقسيم العمل المطلوب من الطفل إلى مراحل ، وذلك لتبسيط المهمة بالنسبة له ، على أن ينتقل من مرحلة إلى أخرى بعد إتقانه المرحلة السابقة .

7 ـ اتخاذ طريقة مدروسة وثابتة للتعامل مع الطفل في حالة الثواب أو في حالة العقاب .

8 ـ تعليم ما هو مستطاع ويمكن تطبيقه حسب قدرات الطفل .

في حالات التخلف الشديد

ـ يمكن لهؤلاء الأطفال أن يتعلموا مبادئ النظافة الشخصية ، وهم دائماً محتاجون إلى رعاية مباشرة لضمان تغذية جيدة ونظافة مستمرة .

ـ تعلم الأبوين كيفية تلبية طلبات الطفل حسب احتياجاته .

ـ علاج أي تعوّق جسماني مصاحب للتعوق العقلي .

ـ تعليم الطفل كيف يؤدي الأعمال الأساسية له للاعتناء بنفسه مثل كيمية الأكل والنظافة الشخصية .

ـ معالجة بعض الأمراض التي تكون دائماً مصاحبة لهذه الدرجة من التخلف العقلي مثل الصرع .

التأخــر الدراسي والتخلف العقلي

توجد أسباب كثيرة للتأخر الدراسي ويمكن تقسيمها إلى :

أ ـ أسباب عضوية مثل :

- قصر النظر الشديد
- ضعف السمع
- بعض نوبات الصرع مثل الصرع الصغير petit mal .

ب ـ أسباب اجتماعية مثل :

- الفقر الشديد
- الحرمان الاجتماعي
- الجو المدرسي وطريقة معاملة المدرِّسين للتلميذ .

ج ـ أسباب نفسية مثل :

- مشاكل انفعالية : القلق النفسي الشديد والاكتئاب ورُهابُ المدرْسة .
- مشاكل سلوكية : تشتت الانتباه والجنوح .
- التأخر العقلي .

ثانياً : الاضطرابات الســلوكية

behavioral disorders

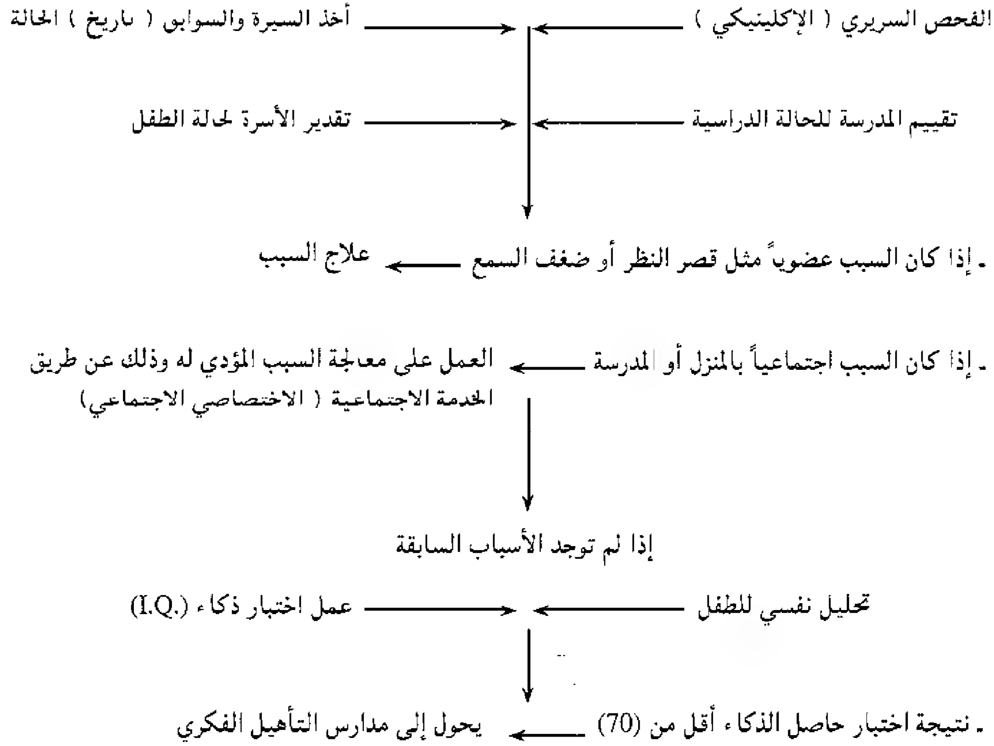
في الطفولة والمراهقة

1 ـ سلس البول (التبول اللاإرادي) الليلي

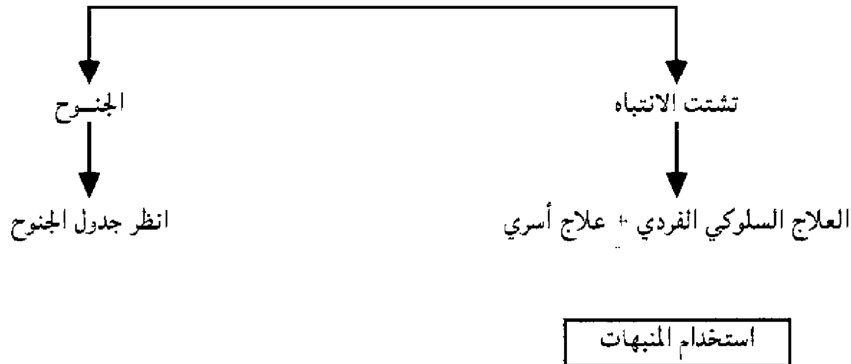
nocturnal enuresis

سلس البول (التـبول اللاإرادي) ليلاً هو حالة شـائعة بين الأطفال وحتى سن المراهـقة ، أما إذا حدث لا إرادياً بالليل والنهار ، أي بشكل غير مُتَحكَّم به مطلقاً ، فإنه يدل على وجود خلل عضوي بالجهاز العصبي والجهاز البولي ويكثر انتشاره في المستوى الاجتماعي الفقير . وينتشر التبول اللاإرادي الليلي بين الأولاد أكـثر منـه بين البنات . ويكون المرضى عـادة من ذوي الذكاء المتـوسط أو أقل من المتوسط .

كيفية التعرف على التأخر الدراسي والتعامل معه

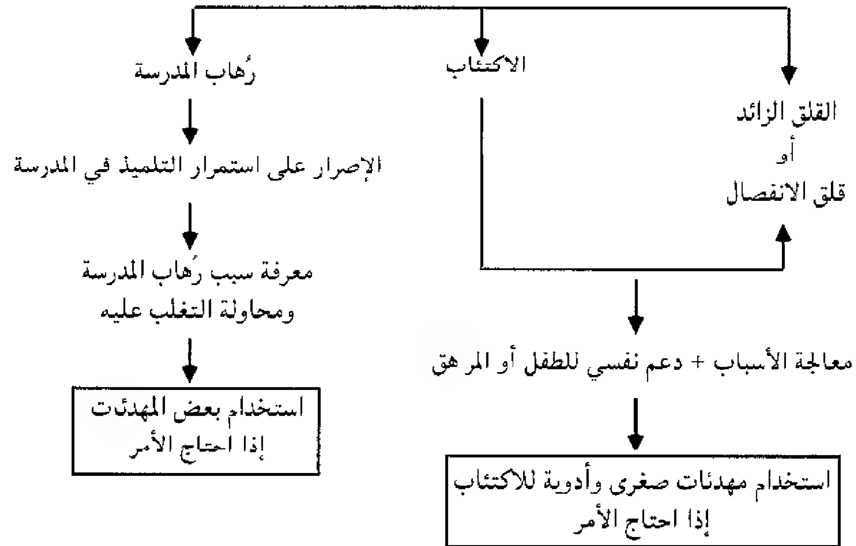


إذا وجدت مشاكل سلوكية



استخدام المنبهات

إذا وجدت مشاكل انفعالية



متى يتمكن الطفل من التحكم في عملية التبول ؟

يولد الطفل وهو غير قادر على التحكم في المثانة ، ولكنه يبدأ في خلال السنة الأولى من حياته بالسيطرة الجزئية بشكل تدريجي أثناء النهار (أي أثناء الاستيقاظ) ، ويحدث هذا بتشجيع الأم على استخدام مكان مخصص للتبول ، ومكافأته بالابتسامة إذا استطاع التحكم في نفسه حتى الوصول إلى ذلك المكان ، وتكتمل هذه السيطرة خلال العام الثاني . أما القدرة على عدم التبول أثناء النوم فتعتمد على تغيرات تحدث في مراكز النوم بالجهاز العصبي حيث يخف عمق النوم ويستيقظ الطفل عند شعوره بامتلاء المثانة مع زيادة قوة العضلة القابضة عند عنق المثانة وزيادة سيطرة مراكز معينة بالمخ على هذه العضلة ، هنا يستطيع الطفل القيام والذهاب إلى المكان المخصص للتبول . وهذه العملية تتم خلال العام الثالث ، ولكن اكتمال السيطرة ما بين العام الثالث وخلال العام الرابع يكون بشكل تدريجي . وقد يستمر التبول لا إرادياً بشكل متقطع لمدة شهور قبل إتمام السيطرة .

ويقسم استمرار التبول اللاإرادي (سلس البول) منذ الولادة إلى نوعين :

أ ـ النوع الأولي : وينتج من

1 ـ أن النوم يكون عميقاً بنفس درجته في الطفولة .

2 ـ تشوهات خلقية بالعمود الفقري (الشوك المشقوق spina bifida) وهذه تكون مصحوبة بأعراض أخرى للجهاز العصبي .

3 ـ تهيج بغشاء المثانة والجهاز التناسلي مثل وجود بعض الديدان (كالدودة الدبوسية pinworm) .

4 ـ صغر حجم المثانة .

5 ـ بعض نوبات الصرع .

6 ـ تضخم اللوزتين والزوائد الأنفية يؤدي إلى صعوبة في التنفس وارتفاع نسبة ثنائي أكسيد الكربون في الدم فيكون النوم عميقاً للغاية بحيث لا يشعر الطفل بحاجته للقيام من أجل التبّول .

ب ـ النوع الثانوي : وهذا ما يحدث إذا مرت على الطفل فترة يكون متحكماً في تبوله ثم ظهر عليه التبول اللاإرادي مرة أخرى . وتعود أسبابه في 90% منها إلى عوامل نفسية تكون غالباً نابعة من المحيط العائلي أو المدرسي للطفل مثل :

ـ الخلافات العائلية الشديدة .

ـ مَوْلد طفل جديد يستولي على اهتمام الوالدين ، ونتيجة لذلك يحاول الطفل الارتجاع لمراحل الطفولة الأولى (التقهقر regression) حتى يستطيع اجتذاب اهتمام الأم .

- القسوة الزائدة في العقاب ومعاملة الطفل .

- استخدام التخويف بشدة مثل بعض القصص المفزعة أو التهديد ببعض الحيوانات كنوع من السيطرة على الطفل .

- بعض حالات دخول الطفل إلى المستشفى لفترة .

- الحرمان العاطفي كحالات مرض الأم وترك رعاية الطفل لأشخاص آخرين غرباء عنه ، ولم يتعود على رعايتهم له .

- أما في المحيط المدرسي فقد يؤدي الفشل الدراسي أو المواقف الدراسية التي تصيب الطفل باهتزاز وضعه في المدرسة أو التي تحط من كرامته إلى التبول اللاإرادي .

معالجة التبول اللاإرادي (سلسل البول) الليلي

أ ـ إذا كان التبول اللاإرادي الليلي أولياً فيجب معرفة السبب العضوي ومعالجته .

ب ـ إذا كان التبول اللاإرادي (سلس البول) الليلي ثانويا فإن شخصية الأم لها دور رئيسي وهام . فالعقاب الذي يتعرض له الطفل ، سواء كان جسدياً كالضرب ، أو نفسياً كالاستهزاء به أمام إخوته الآخرين أو الاستخفاف به ، يؤدي إلى ازدياد هذه الحالة وكثرة حدوثها ، حيث أن الطفل يجد هذا السلوك رد فعل لا شعوري تجاه الموقف العائلي العدائي . وكذلك يجب معرفة السبب النفسي ومعالجته اجتماعياً إذا أمكن في الأسرة أو المدرسة بالإضافة إلى الإرشادات التالية للأم والطفل :

- التقليل من كمية السوائل التي يشربها الطفل خلال النصف الثاني من اليوم .

- التقليل من نوع السوائل المدرة للبول مثل الشاي أو أي مشروبات أخرى .

- تشجيع الطفل على التبول قبل النوم مباشرة ومساعدته على الاستيقاظ خلال الليل مرة أخرى لتيسير عملية التحكم بشكل أفضل بالمثانة .

- منح الطفل مكافأة كلما استيقظ في الصباح وفراشه جاف .

- تدريب المثانة أثناء النهار على تحمل الامتلاء بدون اللجوء للتفريغ التلقائي ، وذلك بزيادة شرب السوائل في الصباح وخلال النهار مع إعطاء الطفل تعليمات بعدم الذهاب لدورة المياه إلا عند الشعور بأنه فعلاً لم يعد يستطيع احتجاز البول لمدة طويلة .

- إعطاء الطفل صبغة البلادونا tincture of belladona جرعة واحدة قبل النوم للمساعدة على ارتخاء المثانة وجعل النوم خفيفاً .

- إذا لم يستجب الطفل لطريقة العلاج السابقة لمدة شهرين على الأقل يلجأ إلى استخدام بعض الأدوية المضادة للاكتئاب antidepressant مثل الإيميبرامين (10 ـ 25 ملغم) قبل النوم لنفس الأسباب السابقة .

- العلاج السلوكي الإشراطي وذلك بتوصيل جرس بدائرة كهربائية ضعيفة توصل بفراش الطفل بحيث توصل الدائرة الكهربائية عند أول قطرة بول تلامس الفراش ويدق الجرس فيستيقظ الطفل وبالتالي يتعود الطفل على الاستيقاظ وحده عند امتلاء المثانة .

2 - مص الأصابع
finger - sucking

يبدأ الطفل بمصّ أصابعه منذ الأيام الأولى من عمره ، وقد تستمر هذه العادة حتى الخامسة أو السادسة من العمر . وليس هناك شك في أن الطفل يستمتع بهذه العادة ويجد فيها نوعاً من التسلية الذاتية ، وتلك مسألة طبيعية في الشهور الأولى من العمر ، أما إذا استمرت تلك العادة فإن ذلك يعني أن هناك أسباباً أدت إلى استمرارها .

ويعود استمرار هذه العادة إلى أسباب كثيرة تتعلق بعدم إشباع حاجات الطفل النفسية ، وإلى افتقاره إلى الحنان والعطف ، أو عدم حصوله على قدر كاف من الرضاعة الطبيعية من الأم ، بما يمثله هذا الموقف من أهمية على المستويين الفيزيولوجي والنفسي .

المعالجة

إن سلوك الوالدين حيال ظهور هذه العادة لدى الطفل هام جداً في استمرار هذه العادة أو اختفائها . فكثير من الآباء والأمهات يواجهون ظهور هذه العادة لدى الطفل بقلق شديد عليه ، فيلجأون إلى وسائل بدائية كطلاء أصابعه بمادة تحمل طعماً مراً ، كما يلجأ البعض إلى التعنيف والضرب أحياناً أملاً أن يكف عن هذه العادة . وهم في حقيقة الأمر يزيدون من تشبثه بتلك العادة التي تعطيه إشباعاً نفسياً مؤقتاً ، لذا يجب على الأبوين :

- إشباع احتياجات الطفل العاطفية .
- عدم لفت نظره إلى هذه العادة بل على العكس المحاولة على إشغاله في عمل أي شيء يشغله عن تكرار هذه العادة .
- عدم الإشارة إلى هذه العادة أمام المحيطين به حتى لا يشعر الطفل بالحرج . وإذا استمرت هذه الحالة فيما بعد يمكن اللجوء إلى العلاج السلوكي .

3 ـ قضـــم الأظافـــر
nail bitting

إذا جاز القـول بأن مص الأصابع هو سلـوك سلبي استسـلامي فإن قـضم الأظافر يعتـبر سلوكاً عدوانياً تدميرياً . وإذا كانت السمة السائدة لدى الأطفال الذين يمصون أصابعهم هي الهدوء والتبلّد ، فإن ما يغلب على الأطفال الذيـن يقضمون أظافرهم ويمضون أصابـعهم هو النشاط الزائد والثورة . ومن هنا فإن توجيه طاقة الطفـل ونشاطه إلى مجالات إيجابية كانشغال في أعـمال مناسبة أو الرياضة أو ما إلى ذلك غـالباً ما ينتج عنه احتـفاء هذه العـــاده . وعلى العكس فإن اهتـمام الآباء بمثل هذه العادات وتركيزهم عليها وإلحاحهم علـى الطفل بضرورة التخلص منها لا يأتي في العادة سوى بنتائج عكسية .

4 ـ الغضــــب والعــدوان
aggression - tantrum

يواجه الطـفل المواقف التي يرى أنها مـشكلة بانفعـال الغضب tantrum . وغالبـية انفـعالات الغضب عند الأطفـال يتم التعبيـر عنها حركيـاً (خاصة صغار السن) فـي صورة صراخ أو رفس . ويبدو أن الطفل يكتشف أن هذه الحركات هي أكثر الأساليب فاعلية لإجبار الآباء على تنفيذ رغباته .

وقد وجد من الأسباب التي تؤدي إلى الغضب والعدوانية aggressiveness عند الأطفال خاصة صغار السن :

- الملابس الضيقة التي تعوق حركة الطفل .
- الرتابة التي تتبعها الأم لتنظيم عمليات التغوط وأوقات النوم لدى طفلها .
- وجود زائرين بالمنزل .
- حياة الطفل في بيت به عدة أشخاص أكبر منه في السن .

كيفية التعامل مع هذا الطفل

على الآباء عدم اسـتخدام العـقاب البدني كوسـيلة لإيقاف السلوك العـدواني من جانب الطفل ، لأنهم بذلك يقومـون بكف كل قدراته التعـبيرية . فـالغضب الذي يتم كفـه يوماً بعد يوم خـوفاً من العقاب لابد وأن يتـراكم ويشتد حتى يصل إلى الانفـجار في صورة عدوانية تدمـيرية . ولكن يجب عدم تلبية مطالب الطفل في هـذه الحالات وعدم إبداء أي اهتمام بتصرفاته . وبالتـدريج ، وبعد فترة

تهدأ حدة هذه النوبات حيث لا يجد الطفل فائدة من هذا الغضب الذي لم يحقق مطالبه وبالتالي تهدأ مدة النوبات .

5 ـ اضطراب الانتباه

disorders of attention

وهو اضطراب يتميز بانتباه قصير المدى سهل التشتت . وقد يصاحب ذلك زيادة في النشاط الحركي . وهناك درجات بسيطة أو شديدة من هذا الاضطراب ونحتاج لتشخيصه أن نسمع عن سلوك الطفل من الوالدين والمدرسة .

الأسباب

- تأخر أو اضطراب نمو الفصين الأماميين في المخ .
- اضطراب وراثي في وظيفة المرسلات العصبية في المخ .

فبعض أقارب الطفل المشتت الانتباه يوجد فيهم نفس النوع من التشتت في الانتباه .

الصورة السريرية

وتتميز الصورة السريرية لهذا الاضطراب بالخصائص التالية :

أ ـ اضطراب الانتباه

يكون مدى الانتباه قصيراً بحيث لا يستطيع الطفل أن يستمر في نشاط معين أكثر من عشر دقائق لينتقل إلى نشاط آخر (وعلى هذا يكون هناك صعوبة في عملية التعلم) ، وأحياناً قد يستمر لمده أطول . ومع نمو الطفل يقل التشتت في الانتباه .

ب ـ النشاط الحركي

يتميز الطفل في هذه الحالة بنشاط حركي مستمر ، ويوصف عادة أنه لا يستطيع أن يجلس أو يستقر في مكان إلا لدقائق قليلة يغير بعدها مقعده ، كما يفحص معظم الأشياء المحيطة به . ويكون التآزر الحركي مضطرباً بدرجة بسيطة في ثلاثة أرباع الحالات مما يظهر الطفل في صورة عدم انتظام وفقد رشاقة في حركته أو طريقة مشيه .

ج ـ اضطــراب الانفعــال disorder of emotion

يتميز الانفعــال بعدم الثبات وسرعة التقلب ، فالطفل ينتقل من انفـعال إلى آخر بسرعة ، ويكون سريع الغــضب والعدوان مع أي إحــباط ، كمــا يصيــبه كذلك « نوبات غــضب » في بعض المواقف المحيطة .

د ـ الاندفاع وصعوبة التحكم في التصرف

يتصرف الطفل المضطرب الانــباه قبل أن يفكر في عواقب الأمور وخاصــة مع مواقف الإحباط ، فهو مندفع ، واندفاعه يوقعه في أخطاء عديدة تؤدي إلى عقابه .

هـ ـ علاقات الطفل بالآخرين

يعتبر الطفل المشــتت الانتبــاه اجتماعياً ، ويتكلم كثيراً مع أنه قــد يكون مصاباً بدرجة من درجات صــعوبة الكلام . وهو عنيــد يحب السيــطرة على من حــوله مما يثيــر الآخرين ضــده ويؤدي إلى اضطرابه .

و ـ الصعوبات المعرفية وصعوبة التعلم

إن صعوبة الإدراك والتمييز بين حروف بعــض الكلمات التي يسمعها أو يقرأها الطفل ، أو عكس ترتيب بعض حروف الكلمــات ، تؤدي إلى اضطراب واضح يعوق التعلم مع توافر ذكــاء متوسط أو فوق العادي أحــياناً ، وقد يؤدي ذلك إلى ترك الدراسة . كــا أن التعلم في مجموعــة يشكل مشكلة للطفل في الفصل وكذلك في الامــتحان وعلى هذا يفضل وضعه في فــصل قليل العدد ، وأن يمتحن في لجنة خاصة بمفرده .

ز ـ العلامــات العصبية والجسمية

إن فحص الجهاز العصبي للطفل المشتت الانتباه قــد يظهر بعض « العلامات العصبية » في حوالي نصف الحالات ، مــثل اضطراب نطق الكلام أو اضطراب التــآزر الحركي بدرجة بســيطة أو اضطراب التوازن بين الرؤيا والحركة . كما أن مــخطط كهربية الدماغ EEG تظهر فيه اضطرابات (في حوالي نصف الحالات أيضا) . كمــا قد يوجد بالفحص السريري كذلك عــمق في سقف الحلق ، أو حَوَل طفيف أو ثنية واحدة بالكف ، أو قد يكون حجم الجمجمة صغيراً .

العــــــلاج

العلاج الدوائي : يحتاج الطفل إلى الأدوية المنبهة مثل البنزدرين أو الريتالين . كما يستخدم مضاد الاكتئاب مثل الإيميرامين ، حيث يقوم بتنبيه قشرة المخ فيتحكم الطفل في انتباهه وسلوكه .

العلاج السلوكي : وذلك بالإتفاق مع الطفل على تقويم السلوك مقابل مكافأة أو العقاب خلاف ذلك . ويجب تحاشي الضرب لأن الضرب لن يفيد بل بالعكس قد يؤدي إلى ثورة وعدوان يتفاقم معهما الموقف .

6 ـ السـرقة

لا تعتبر السرقة التي يقوم بها الطفل قبل سن السادسة مطابقة لمفهوم السرقة المعروفة لدينا . فالطفل يأخذ أي شيء يجده للأسباب التالية :

- لأنه لا يعرف معنى كلمة الملكية وتعوّد أن يأخذ أي شيء يعجبه .
- لأن الطفل لديه إحساس بالحرمان كان يأخذ طعاماً يأكله مثلاً ، ولذا يجب على الوالدين دائماً تعليم الطفل حدود ممتلكاته الشخصية وحدود ممتلكات الآخرين واحترامها .

لكن هناك أطفالاً أكبر سناً أو مراهقين يسرقون لأسباب مختلفة :

- حتى يشعروا بالمساواة مع إخوتهم إذا كان الآباء يفضلون طفلاً على الآخر .
- حتى يظهروا أمام إخوانهم أنهم شجعان.
- حتى يعطوا ما يسرقونه كهدايا لزملائهم في المدرسة فيكونون أكثر شهرة من غيرهم.
- للفت نظر والديهم لإعطائهم الحب والحنان .

ما هي طريقة التعامل مع هذا الطفل

- تعريف الطفل أن السرقة عمل سيء وشرح السبب .
- مساعدة الطفل لإعادة ما سرقه .
- البعد عن شرح المستقبل السيء للطفل السارق والوصف الملازم له بأنه سارق .
- شرح أن هذا السلوك غير مقبول في الأسرة والمجتمع المحيط به .

وإذا اتبع الأبوان هذه التعليمات يكف الطفل عن السرقة ، لكن إذا استمر الطفل في السرقة فإنها قد تكون من علامات الجنوح خاصة لدى المراهقين .

7 ـ الكذب

من الخطأ الظن بأن الطفل الصغير لا يفرق بين الكذب والصدق . فالطفل في مقدروه تماماً أن يفرق بين ما هو صادق وما هو كاذب لاسيما الأمور المتعلقة بالرغبات الخاصة به .

والطفل الذي يعيش في وسط لا يساعد على تكوين اتجاه الصدق والتدريب عليه يسهل عليه الكذب ، خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية ولباقة اللسان وكان أيضاً خصب الخيال .

ويسرد معظم الأطفال في سن الثالثة حكايات خيالية لم تحدث في الواقع ، ويغرق بعضهم في خياله ، لكن الكبار يصفون الطفل بالكذب في حين أن الطفل في هذه السن يخلط بين الواقع والخيال ، فهو لا يكذب ليخفي ذنباً أو ليحصل على مكسب من وراء كذبه .

وأحياناً يرى الطفل حلماً ويستيقظ ليقص الحلم على أنه حادثه واقعيه ، ويؤكد ذلك إذا شعر أن الكبار لا يصدقونه .

ويتنوع الكذب بعد سن السادسة تبعاً للأسباب التالية :

1 ـ الخوف من العقاب الشديد إذا صدق وقال الحقيقة .

2 ـ لتغطية شعور بالنقص عن طريق المبالغة فيما يملكه أو في صفاته ، وذلك لاستدرار العطف وللشعور بالقبول في البيئة ، ولكي يصبح مركز اهتمام الغير .

3 ـ كما قد يكذب الطفل تقليداً للآباء والأمهات الذين يكذبون على أطفالهم في كثير من الأمور .

وإذا استبعدت هذه الأسباب واستمر الطفل في الكذب فهذا قد يكون من بعض أعراض الجنوح .

8ـ الجنوح
delinquency

هو مجموعة تصرفات دائمة ومتكررة ينتهك فيها الطفل حقوق الآخرين ، ويتعدى القوانين التي تحكم من هم في سنه لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر . وهذا الاتجاه العدواني تجاه ممتلكات الغير أو ضد المجتمع يحصل دائماً في سن البداية التي هي قرب سن البلوغ (12 إلى 15 عاماً) .

أعراض الجنوح

أهم ما يميز أعراض الجنوح استمرارية هذا السلوك لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر . وهي تكون مجموعة من الأعراض التالية :

- السرقة أكثر من مرة بدون مواجهة الشخص .
- السرقة أكثر من مرة بمواجهة الشخص .
- الهروب من المدرسة على الأقل مرة أو مرتين دون العودة بنفسه .
- الكذب المتواصل .
- إشعال الحرائق .
- تكرار الهروب من المدرسة أو من العمل .
- تكرار التخريب لممتلكات الآخرين .
- شدة القسوة في إيذاء الحيوانات .
- استخدام أدوات في العراك في أحيان كثيرة (مثل العصا أو أدوات حادة) .
- شدة القسوة تجاه الآخرين .

أسباب الجنوح

تقع الغالبية العظمى من الجانحين في خانة الحرمان والإحباط العنيف المتكرر وفقد الشعور بالأمن نتيجة لانهيار الأسرة أكثر منها في خانة التدليل والعناية المسرفة .

وتلعب العوامل الاقتصادية والاجتماعية دورها في تحويل الطفل العدواني إلى جانح :

- وفاة أحد الوالدين وعدم وجود بديل لصورة الأب أو الأم يؤدى إلى العدوانية والجنوح .
- دور رفاق السوء في المساعدة على الجنوح .
- رفض الأبوين للطفل .
- القسوة الزائدة في تعليم الأبناء .
- الوجود في ملاجئ في سن مبكرة .
- الأسرة الكبيرة العدد .
- الأسرة التي بها أب مدمن .

وينتشر الجنوح والعدوانية أكثر بين البنين عنهما في البنات بنسبة 1:12 .

كيفية التعامـــل مع الطفل الجانح في المدرسة

الهدف : هو تخلص الطفل من التصرفات العدوانية والجـانحة ، وتشجيع السلوك الاجتماعي عن طريق التشجيع على التصرف السليم واستخدام أسلوب العقاب في بعض الأحيان وذلك عن طريق :

- مراقبة تصرفات الطفل في الفصل أولاً لمعرفة درجة عدوانيته .
- إهمال المدرس للسلوك العدواني للطفل والاهتمام وتشجيع السلوك الجيد لنفس الطفل وربما مكافأته عليه . وهذا يؤدي إلى إقلال السلوك العدواني للطفل واكتساب سلوك مقبول من الآخرين .
- إعطاء بعض الحوافـز الفورية على سلوكه الجـيد مثل رسم نجـمة في كتابـه أو إعطائه قطعة حلوى صغيرة وذلك لتشجيعه على استمرار السلوك الجيد .
- كذلك يجـب أن يكون هناك اتفاق بين الأسـرة ، إذا كانت متـعاونة ، والمدرسـة على إعطاء هذا الطفل هدية إذا استمر سلوكـه المقبول لمدة طويلة (مثلاً لمدة شهر) ، وطبـعاً لا يفضل عمل ذلك في الفصل أمام باقـي التـلاميذ ، لأن ذلك سوف يشجع الآخرين على انتهـاج نفس السلوك غير المقبول حتى يكافأوا على تغييره .

التدريـب على الأسـلوب الاجتماعـي الجيـد للطفل . وذلك عن طريق إعطاء نماذج للقصص أو عمـل بعض الألعاب مـثل : مسـرح العرائس ، يبـدأ في إعطاء الأطفـال ومن بينهم هذا الطفل العدواني نموذج العروسة السيئ ويبدأ الحوار حـول التصرف مع هذا النموذج وكيف يمكن إرشاده لأن يصلح هذا السلوك غير المرغـوب فيه . وكذلك يمكن عمل تمثـيليات يشارك فيها الأطفـال كأن يأخذ الكل أدواراً مختلفـة ، وفيها مثال لـطفل اعتدى على زميل له في الفصل مـثلاً ، ثم يتدخل المدرس ويشرح التصرف الجيد والسيء في هذه التمثيلية .

اســتخـدام أسلوب العقاب . وهذا يكون في البداية لفظياً أي عندمـا يضرب هذا الطفل طفلاً آخر يقال له مثلاً « أنت أخطأت التصرف يافلان » أمام باقي التلاميذ ، وإذا استمر هذا التصرف يمكن إقصاؤه عن الفصل لمدة 10 دقائق تحت إشراف المدرسة ثم إعادته إلى الفصل مرة أخرى بعد وعده أنه سوف يتصرف بطريقة أفضل . وفي نفس الوقت إذا تصرف هذا الطفل تصرفاً مقبولاً اجتماعياً لفترة يجب مكافأته عليه .

كذلك يجب استخـدام أسلوب العقاب للتصرف غير المقـبول على الإطلاق وليس لكل تصرف لا يعجـب المدرسة وإلا فقـد أسلوب العقـاب النتائج المرجـوة منه . ويجب أن يكون أسلوب العـقاب بطريقة لا تؤثر على العملية التعليمية للطفل في الفصل .

الوقايـــة

1 ـ تبدأ الوقاية في الأســرة من خلال الاعتدال في التعامل مع الطفل ، مثل عدم التدليل بكثرة أو القسوة الزائدة ، مما يقلّل عدوانية الطفل .

2 ـ يؤدي توافر وسط اجـتمـاعي مناسب وظروف اقتـصادية ملائمــة إلى شعور الـطفل بالأمان ، خاصــة في حالة فقد أحـد الوالدين . ويجب إحلال البديل للأب أو الأم حـتى يستمر شـعور الطفل بوجود صورة للوالدين .

3 ـ تعتبر المدرسة البيئة التي تسـتقبل الطفل من الأسرة لذلك يجب آن لا يستمر السلوك في المدرسة بالقســوة والعنف ، حيث أن دور المدرسة التـربوي أهم من الدور التعليمي خـاصة في المراحل الأولى من التعليم .

ثالثاً ـ الاضطرابات الانفعاليـــة في الطفولـــة والمراهقـــة

1 ـ القلـــق
anxiety

يظهر القلق في صورة خـوف واضطراب في سلوك الطفل ، قد يكون أحياناً نتيـجة لفراق الأم ، كما هو الحال في رُهاب المدرسة « خوف الذهاب للمدرسة » .

وهناك بعض المخاوف التي يعاني منهـا معظم الأطفال لوقت قصير في مراحل مـعينة من العمر ؛ مثل الخوف من فراق الأم في سن 8 أشهر ، أو الخوف من الحيوانات في سن من 2-3 سنوات ، أو الخوف من الموت في سن 8 سنوات ، ولكن الخـوف المَرَضي هو ما يسـتـمر لفـترة طويلة ويـعوق الطفل .

الأســباب

الوراثـــة : يوجد القلق بصورة واضحة في شخصية الأم أو في شخصية الوالدين ، ويرث الطفل جهازاً عصبياً لا إرادياً سهل الإثارة ، حيث ثبت أن هناك عـائلات تتميز بجهاز عصبي لاإرادي سريع الإثارة .

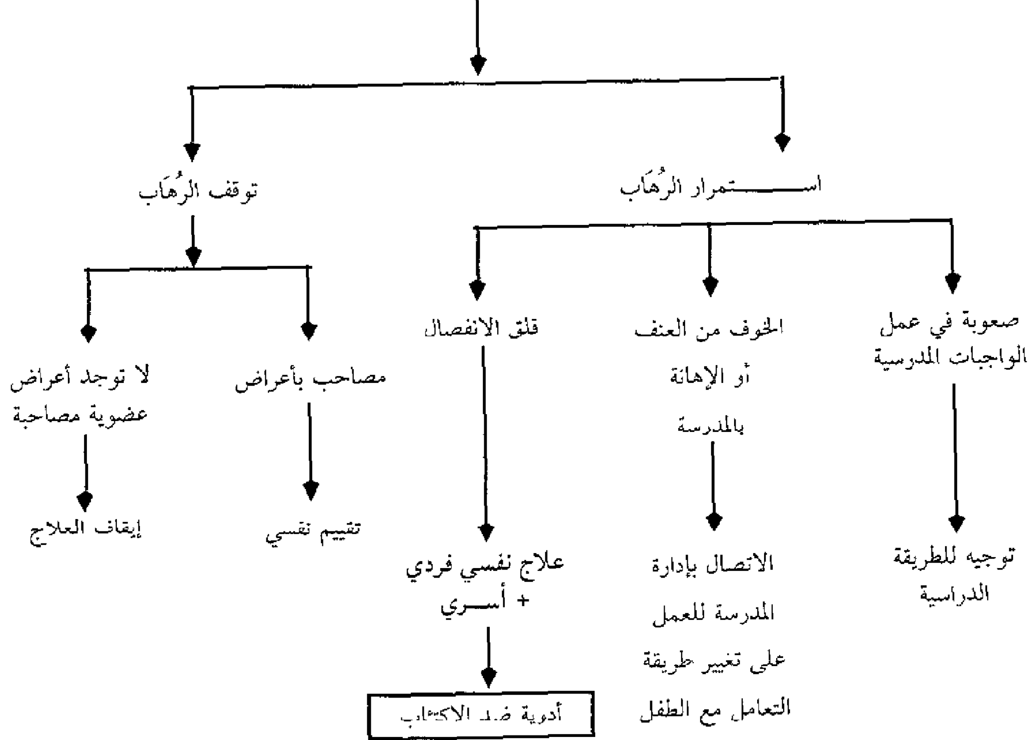
التربية : يظهر قلق الوالدين في تصرفاتهما مع الطفل فينتقل القلق إليه ، وهنا يصعب أن نفصل الوراثة عن البيئة كعاملين مؤثرين في الطفل .

الصورة الـسريرية (الإكلينيكيـة) : شعـور داخلي بخوف غـامض وتوتر مع اضطراب في النوم وحدوث كوابيس . وقد يُعَبّر الأطفال عن قلقهم بـأعراض جسمية مثل الصداع أو الألم في البطن أو الميل للقيء أو القيء فعلاً .

رُهـــابُ المدرســة

رُهـــابُ المدرســة (خـوف الذهاب إلى المدرسة) هو ذلك الخوف الـذي يصاحب يوميـاً موقف الذهاب للمدرسـة ويـعوق الطفل عن الذهاب فعـلاً . ففي صباح كـل يوم يصاب الطفل بمغص أو قيء ، أو يظهر عليـه الرعب ، ويقاوم الذهاب للمدرسة بكل قـوته مما يضطر الأهل للرضوخ ، ثم بعد ساعة أو ساعـتين يلعب بمنتهى النشاط وكأن شيئاً لم يحدث ويتكـرر الموقف يومياً . ودائماً نجد

رُهاب المدرسة School phobia



أن التحصيل الدراسي لا يشكل مشكلة للطفل ، فهو طفل ذكي ودرجاته فوق المتوسط عادة ، كما لا توجد مشكلات مع المدرسات أو الزملاء .

عــلاج القلــق

العـلاج النفسي : نجعل الطفل يعبر عن خوفه وذلك بمساعدته بالتخيل واللعب لكي نتبين الصراعات التي يعاني منها وبذلك نساعده على التكيف السليم .

والعلاج السلوكي : ويشتمل على التحصين المتدرج والتدريب على الارتخاء ، والمكافأة للسلوك السليم . وفي حالة خوف الذهاب إلى المدرسة يجب الإسراع في عودة الطفل للمدرسة ، مع ضرورة تعاون الأم في العلاج حيث أن قلقها لبعد الطفل عنها ينتقل لا شعورياً له .

العــلاج بالأدوية : قـد يعطىٰ الديازيبام بكمية صغيرة ولفترة قصيرة في حـالات القلق . أما بالنسبية لخوف الذهاب للمدرسة أو لأية مخاوف محددة أخرى فيكون العلاج بواسطة ايميبرامين .

2 ـ الاكتئــاب

depression

وهو شعور الضيق والحزن مع اليأس ، وقـد يصاحب ذلك كسل أو على العكس نشاط متزايد مع بعض السلوك العدواني تجاه الآخرين ، كما أن أحلام الطفل وتخيلاته تعبر عن الاكتئاب .

وتختلف أعراض الاكتئاب تبعاً للسن التي يصاب فيها الطفل ، ففي السنة الأولى من العمر تظهر عليه الأعراض في النواحي البيولوجية ، مثل مشاكل الشهية كرفض الطعام وعدم نموالجسم نتيجة لذلك أو اضطرابات النوم ، أو الكسل الشديد وأحياناً أخرى كثرة البكاء وسهولة الإثارة مع رفض التجاوب للمداعبة .

في سن 3-5 سنوات يظهر الاكتئاب في صورة زيادة النشاط الحركي عن المعتاد مع كثرة العدوان أو مشاغبة الآخرين ، أو في صورة سلوك متكس مثل سلس البول مع بعض اضطرابات النوم والشهية للطعام .

في سن 6-8 سنوات يظهر الاكتئاب في تعبير الطفل عن الملل أو الشكوى الجسمية كألم في البطن أو شكاوى جسمية غير واضحة المعالم أو أزمات ربو أو اضطراب في النوم . ولكن من المعتاد أن تكون الشهية للطعام طبيعية . وبعض الأطفال تكثر إصاباتهم الجسمية ويمكن أن يطلق عليهم أنهم « عرضة للحوادث accident prone » فمثلاً يقع الطفل كثيراً ويجرح أو يكسر له ساعد أو ساق .

وقد يظهر السلوك المعادي للمجتمع antisocial في صورة تكرار الكذب أو السرقة مما يؤدي للعقاب من الأهل .

في سن 9-12 سنة يظهر الاكتئاب في إحساس الطفل بالذنب ولوم النفس ، ويستطيع أن يعبر عن حزنه مع انخفاض الروح المعنوية لديه وعدم تقدير الذات مع الشعور بالنقص . وقد تظهر لديه مشاكل الفشل في الدراسة أو السلوك العدواني بالإضافة لبعض الأعراض الجسمية . وقد تظهر لديه بعض الأفكار الانتحارية التي قد تكون عميقة ، وقد يعقبها محاولات فيجب على الأهل مراعاة ذلك .

في سن 12-19 سنة يشكو المراهق من ملل شامل مع البحث المستمر عن أنشطة جديدة ، كما قد يشعر بالغربة والعزلة ولا يقدر على البقاء وحيداً ، ويخالجه الشعور بالإرهاق الشديد أو التعب صباحاً ، وتوهم المرض والانشغال بالجسم وشكله ووظائفه .

الأسباب

الوراثة : تلعب الوراثة دوراً هاماً ، فنجد أحد الوالدين مصاباً بالاكتئاب ويتضاعف احتمال إصابة الابن إذا كان الوالدان قد أصيبا بالاكتئاب . حيث يحدث نقص في النواقل العصبية مثل النورأدرنالين noradrenaline أو السيروتونين serotonin في الجهاز الطرفي وفي المخ .

البيئة : للعلاقة الأسرية قيمة كبيرة حيث أن الفراق بين الوالدين له أهمية ، كما أن مشاكل الطلاق أو التفكك الأسري أو اضطراب أسلوب رعاية الوالدين للطفل تشكل عوامل فى حدوث الاكتئاب للطفل .

العلاج

العلاج بالأدوية : مضادات الاكتئاب مثل الإيميبرامين تفيد كثيراً ولكن لابد أن تؤخذ لعدة شهور لكي يتم الشفاء .

العلاج النفسي : ويشمل علاج الأسرة وعلاج الطفل لمساعدته في التغلب على شعور الاكتئاب من حيث الدعم النفسي ورفع الروح المعنوية وتقليل الشعور بالذنب .

رابعاً ـ اضطرابات النَّماء في الأطفال

تشمل اضطرابات النماء الخاصة عدداً من الاضطرابات المعوقة للتعلم ، والتي لا يكون سببها نقصاً في الذكاء أو الذاتويـة الطفلية infantile autism أو سببـاً عضـوياً واضحاً في الجـهاز العـصبي المركزي ، أو في وظائف السمع أو الرؤيا ، كما لا تعزى لنقص في أسلوب التعلم ، كماأنها عادة لا تتناسب مع سن الطفل .

الأســباب

تلعب الوراثة دوراً هامـاً ، حيث توجـد اضطرابات النماء الخـاصة في عـدد من أفراد العـائلات المصابة بذلك . والسبب تأخر في نمو قشرة المخ أو اضطراب نضجها أو حدوث إصابة بها .

أنواع اضطرابات النماء في الأطفال

وجميع هذه الأنواع لا تتناسب مع درجة ذكاء الطفل أو سنه أو مجهوده الدراسي .

1 ـ اضطراب القدرة الحسابية : نجد المهارات الحسـابية أقل من المعتاد بدرجة واضحة ولا تتناسب مع الذكاء والمجهود الدراسي للطفل .

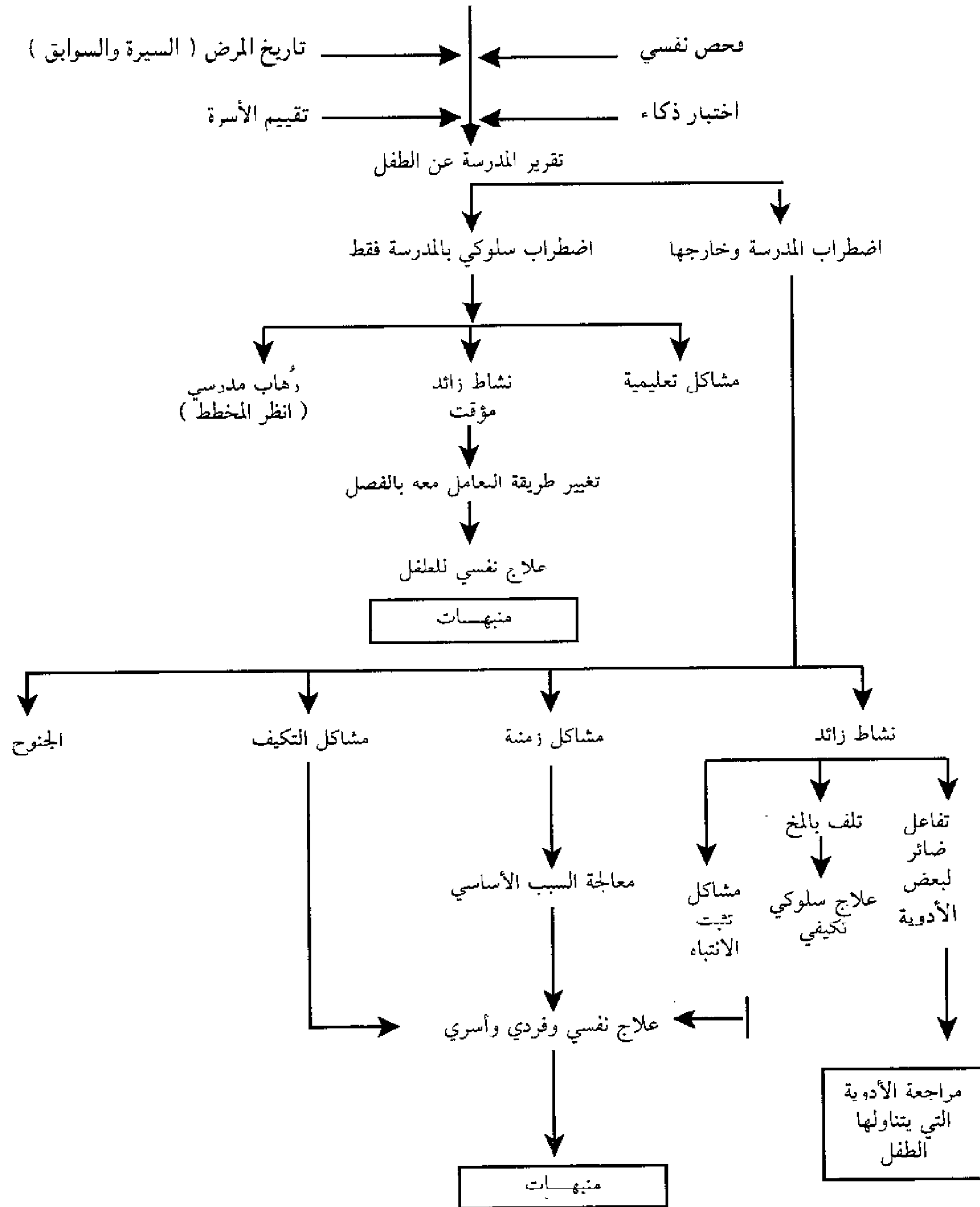
2 ـ اضطراب المهارات اللـغوية : وقد يكون اضطراب في إدراك اللغـة أو التعـبير اللغـوي مما يعوق التواصل .

3 ـ اضطراب القـدرة على القراءة أو الـقدرة على الكتـابة : وهذان الاضطرابان يعـوقان القـراءة أو الكتـابة أو الاثنين مـعاً . فـقد يحـذف حـرف أو يعكس حـرف أو لا توضع نقط على بعض الحروف مما يغير المعنى كله . فتكتب الـكلمة أو تقرأ مختلفة عن حقيقتـها (مثل قرءاة طالبات بدلاً من طالبة) .

4 ـ اضطراب النطق أو اضطراب التآزر الحركي : لا يستطيع الطفل نطق بعض الأحرف جيداً ، وقد يتسم أداؤه لبعض الأعمـال بالبطء وعدم التناسق بدرجة بسيطة ، فمـثلاً طفل عمره 9 سنوات يجد صعوبة كبيرة في أن يقفل أزرار قميصه أو يربط حذاءه .

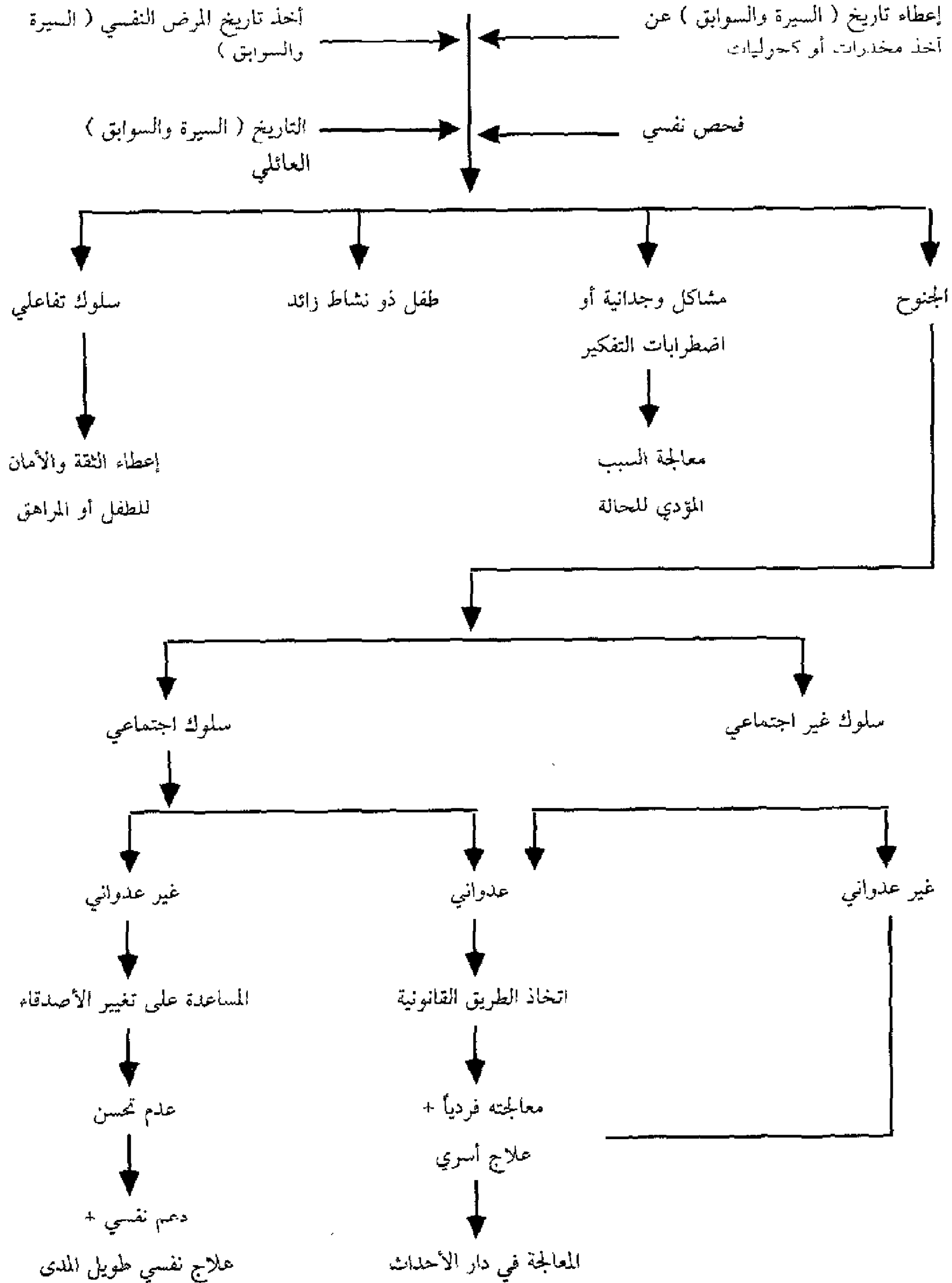
المعالجة

تحتاج هذه الاضطـرابات للمتابعة من قـبل اختصاصـي لكل نوعٍ منهـا ، ويمكن اتباع المخططات التالية .



السلوك المضطرب بالمدرسة
تاريخ المرض (السيرة والسوابق)
فحص نفسي
تقييم الأسرة
اختبار ذكاء
تقرير المدرسة عن الطفل
اضطراب سلوكي بالمدرسة فقط
اضطراب المدرسة وخارجها
رُهاب مدرسي (انظر المخطط)
نشاط زائد مؤقت
مشاكل تعليمية
تغيير طريقة التعامل معه بالفصل
علاج نفسي للطفل
منبهـــات
الجنوح
مشاكل التكيف
مشاكل زمنة
نشاط زائد
تفاعل ضائر لبعض الأدوية
تلف بالمخ
مشاكل تثبت الانتباه
علاج سلوكي تكيفي
معالجة السبب الأساسي
علاج نفسي وفردي وأسري
مراجعة الأدوية التي يتناولها الطفل
منبهـــات

السلوك غير الاجتماعي



الاضطرابات المتعلقة بالمخدرات والمُسْكرات

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

يعتبر تعاطي المخدرات narcotics and drugs والمسكرات من المشكلات الهامة التي تواجه المجتمع ، ليس فقط من الناحية الطبية ولكن من نواحي متعددة ومتشعبة منها التربوية والاجتماعية والأمنية والإنتاجية .

الاعتماد dependence على الأدويــة أو المخدّرات

وهو حالة نفسية ، وأحياناً بدنية أيضاً ، ناشئة عن تعاطي دواء يتميز باستجابات سلوكية ، تتضمّن دائماً إجباراً على تعاطي الدواء بصفة دائمة أو على فترات متقطعة من أجل الشعور بتأثيره النفسي ، وأحياناً لتجنب الضيق الناشيء عن غيابه ، وقد يكون التحمل tolerance موجوداً أو غير موجود . كما قد يكون الشخص معتمداً على أكثر من دواء .

معاقرة الأدويـة غير المسببة للإدمان

وهو تناول الشخص الدواء على الأقل لمدة شهر من تلقاء نفســه إلى حد الإضرار بصحته وسلوكه الاجتماعي ، مع حدوث التعوّد أو الاستخدام المرضي .

ويبدأ معظم الناس في تعاطي المُسْكِرات مثل الخمر أو البيرة والتبغ ، ثم يتبع ذلك الحشيش ، ثم أدوية أقوى مثل أدوية الهلوسة أو المنبهات ، ثم الأدوية المثبطة أو المنومة فالهيروين heroin .

ولابد أن ننظر إلى الاعتماد على أساس شخصية المتعاطي مع توافر وجود الدواء .

أسـباب الاعتماد على الأدويــة

لا يوجد سبب واحد للاعتماد ، ولكن هناك تداخل بين عوامل متشعبة :

1 ـ الوراثـــة

ثبت أن الوراثة لها دور من خلال تأثيـرها على درجة حساسية الفـرد لبعض الأدوية ، وكذلك اضطراب عـمليـة الاســتـقـلاب (الأيض) metabolisme لهـذه الأدوية (الكحـول ، الأفيونات) مع اختلاف فيزيولوجيا كهربية المخ ، وكذلك خصائص جدار الخلايا .

وقد وجد أن حدوث تعاطي المسكرات بين أبناء مدمني المسكرات هو أربعة أضعاف أبناء المجموعة الشاهدة .

2 ـ العوامل العائليــة ـ الاجتماعيــة

ـ تفكك الروابط العائليـة وعدم وجود الدعم المتـبادل بين أفراد الأسرة يؤدي إلى انخـفاض الروح المعنوية للأفـراد مع ســهولة تأثرهم بأية ضـغوط أخرى مما يجـعلهم عرضــة للبحث عن مـخرج في تعاطي الأدوية .

ـ الفقر قد يلعب أيضاً دوراً في التفكك العائلي وكذلك في الإدمان والانحراف .

ـ الانتقال السريع في المجـتمع من العادات والقيم المتوارثة إلى قيم جـديدة ومفاهيم جديدة يؤثر على الأسرة وعلى الفرد .

ـ عدم وجود وسائل للترويح والنشاط الاجتماعي الصحي السليم .

ـ تأثير الأصدقاء والجماعات في تسهيل التعاطي .

3 ـ الشــخصية

ليس كل من يتعرض لمواد الإدمان يعتبر مدمناً أو متعوداً . ولكن يمكن القول أن خطر الاعتماد أو الإدمان يكمن في الشخص وليس في المخدر . وقد تبين أن المتعه التي تسبـبها المستحضرات الأفيونيه متناسبة تناسباً مباشراً مع درجة الاعتلال النفسي للشخص الذي يصبح مدمناً .

وتتميـز شخصيــة المدمن بدرجة من السلبية والاتكاليـة على الآخرين ، كما أنه لا يتـحمل التوتر والإحباط المعتاد حدوثه في الحياة ، فـيلجأ إلى الحل السريع للراحة بتعاطي الأدوية التي تؤدي بدورها إلى مزيد من المشاكل والإحباط والتوتر .

4 ـ المهنـــة

إن الممرضات والأطباء من أصحاب المهن المتعرضــة للإدمان لسهولة وصول الأدوية إليهم . كذلك فإن من يقدم المسكرات أو من يعمل في مصنع الخمور أو من يعمل في مصانع المواد المذيبة هو عرضة لسوء استخدام ما يوجد في متناول يده وبالتالي الاعتماد .

5 ـ وجود القدوة

إن إدمان أحد الوالدين أو كليهما يؤدي إلى أن يقلد الابن والده في مجال التعاطي لنفس الدواء ، وإلى تعزيز تعاطي الدواء بتوفيره الراحة المرجوة للفرد وبذلك يســتمر في التعاطي ، وكثيراً ما يضاف إلى وجود الصحبة السيئة مما يعزز التعاطي .

6 ـ توافــر الدواء المخـــدر

لابد من توافر دواء مـعين كي يحدث اعتـماد عليه . وكـلما صعب الحـصول على الدواء أو قل توافره في مكان ما كلما قل التداول . وعلى هذا يقع على النظام الحكومي عبء مسؤولية المكافحة .

7 ـ الدافـــع

هناك دوافع عديدة للتعاطي أهمها :

- حب الاستطلاع .
- التطلع إلى خبرة جديدة .
- زيادة القدرات الخيالية والخلاقة .
- التقبل الاجتماعي ضمن المجموعة
- إزالة التوتر .
- زيادة الانتباه واليقظة .
- إزالة الاكتئاب أو شعور الغربة .

أما الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير فهي :

1 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُسْكِرَات .
2 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات .
3 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش ومشتقاته .
4 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات .
5 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين .

6 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المنبهات الأخرى متضمنة الكافيين .
7 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُهَلْوِسات .
8 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي التبغ .
9 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات .
10 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي عديد من الأدوية النفسية التأثير .

وتمثل الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُسْكرات ثالث أكبر مشاكل الصحة بعد أمراض القلب والسرطان في انكلترا .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المسكرات

تحدث درجه انتشار تعاطي المسكرات أكثر بين الذكور منها بين الإناث بمقدار 5-6 مرات . ونظراً لأن بعض المجتمعات يباح فيها تعاطي المسكرات فإن ذلك يسهل التعاطي اليومي وعلى هذا يحدث إدمان المُسْكِرَات مما ينتج عنه آثار ضارة على الصحة وعلى التكيف الوظيفي والاجتماعي .

تأثير المُسْكِرَات

1 ـ يتوقع من يرغب في المُسْكِرَات أن تعمل المُسْكِرَات كمهدئ وأن تخفف من القلق والتوتر .

2 ـ وتزيد المُسْكِرَات من العدوانية لدى الفرد وتمكّنه من أن يعبر عن انفعاله .

3 ـ وتحدث تغيراً في الانفعال ، فيشعر بعض الناس بالسعادة بينما يشعر البعض الآخر بالضيق .

4 ـ تقلل المُسْكِرَات دور الأنا ego وكذلك يضعف دور إرادة الفرد مما يؤدي إلى التعبير عن بعض الرغبات مثل الرغبات الجنسية أو العدوانية . وقد يعزّز هذا السلوك من المحيطين بالفرد الذين يسمحون له بذلك تحت عنوان أنه « مخمور » أو ليس في كامل وعيه .

5 ـ ينتج من إدمان المُسْكِرَات تحطيم النفس الذي يتمثل في اضطراب الصحة الجسمية وكذلك في فقدان الوضع الاجتماعي مع التغيب عن العمل وكأن ذلك يحصل نتيجة رغبات لاشعورية لعقاب النفس .

أعراض الاعتماد على المُسْكِرَات

يتعاطى المريض المُسْكِرَات يومياً مع زيادة الكمية باستمرار لعدة سنوات ، كما يتعاطاه في الصباح أيضاً ، ويصبح التعاطي هو محور حياته اليومي ، وعلى هذا يفقد عمله في النهاية وتضطرب أحواله الأسرية والاجتماعية .

ومع حدوث التسمم الكحولي الحاد يشعر المريض بالتعاسة أو عدم الرضى ، ويكون سهل الإثارة كما يضطرب تقديره للأمور وتضطرب ذاكرته وكذلك إرادته مما يؤدي إلى سلوك عدواني أو إلى حوادث طريق إذا صمم على قيادة سيارته ، أو إلى سلوك جنسي شاذ .

إذا لم يأخذ المريض المُسْكِرَات نجده يشكو من أرق مع توتر وسهولة الإثارة ورعشة ، وهَلْوَسَة hallucination وضلالات وخوف وعدم استقرار حركي مع اضطراب الوعي .

الاعتمـــاد المزمن على المُسْكِرَات

يؤدي الاعتماد المزمن على الكحول إلى اكتئاب ، وانتحار ، وغيرة مرضية ، وضلال العظمة وخَرَف المُسْكِرَات كما يحدث تلف الجهاز العصبي مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاضطراب العضوي الذي يسبب تلفاً ، خصوصاً في الجزء العلوى من ساق المخ ، والمهاد والأجسام الحلمية . وكذلك يسبب تليف الكبد والتهاب البنكرياس والمعدة ، والتهاب الأعصاب (خاصة نتيجة عَوَز الفيتامين B) مع أعراض العوز الغذائي المختلفة .

الوقاية من تعاطي المُسْكِرَات

1 ـ تحسين الحالة الاجتماعية

عن طريق :

- محاربة الفقر .
- تقليل الضغوط .
- إيجاد وسائل ترويح وتسلية ونشاط اجتماعي بدون تعاطي المُسْكِرَات .
- إيجاد وسائل مقبولة للتنفيس عن التوتر النفسي .

2 ـ التعليـــم :

- وذلك عن طريق تعليم كيفية تجنب تعاطي المُسْكِرَات .

3 ـ التعـــرف :

ـ اكتشـاف الحالات الحديثة من الاعـتماد قبل أن تزمن ، مع علاج الاحـتياجات الانفـعالية والأزمات المختلفة .

علاج تعاطي المُسْكِرَات

قد يكون العلاج في المستـشفى أو في عيادة خارجية طبقـاً لحالة المريض . ومن أهم النقاط وجود الدافع للعلاج ، والتـعامل مع المريض باحـترام وتقدير نظراً لانخـفاض الروح المعنوية لديه وحاجـته لدرجة كبيرة من المساندة .

وتحتـاج أعراض الامتناع (الأعراض الانـسحابية) إلى المهـدئات ، كما يجب عـلاج الأعراض العضـوية المختلفة أيضـاً . أما العلاج السلوكي فـيستـخدم فيـه العلاج الشرطي المنفّـر أو المُبَغِّض ، ويساعد عقار الأنتابيوز في هذا الأسلوب من العلاج . ويهدف العلاج النفسي الفردي وكذلك العلاج الجماعي للوصول إلى تـغيير بعض جوانب الشخصـية . ويحصل العلاج الجماعي بواسطة مـجموعة ممَّن امتنعوا فعلاً عن التعاطي .

الاضطرابـات النفسية والسلوكية الناجمـــة عن تعاطي الأفيونـــات

تشمل مـجمـوعة الأفـيونات opium : المورفين ، والهيـروين ، والميثـــادون ، والمبـيردين ، والبتدين ، والريبانون .

أسلوب التـعاطي : بالفم ، بالتـدخين ، بالحقن في العـضل أو الوريد ، أو تحت الجلد . ونظراً لكثرة الحقن مع طول المدة وحدوث التجلط في الأوردة قد يحقن المريض نفسه في الوريد الفخذي .

التأثيـر :

يشعر الشخص بداية بنشاط وشعور بالسعادة مع احمرار العينين وبعض الحُكاك prurigo (نتيجة الهستامين) ، ويعـقب هذا تثبيط الجهاز العصبي المركـزي فيحدث استرخاء مع قلة يقظة وفقـد شهية للأكل (القَهَم) anorexia مع نقص الشَّبَق (الشهـوة الجنسية) libido . ويؤدي التعاطي لمدة أسبوع إلى الإدمـان . وينتج عن التعاطي المزمن ضيق حدقـة العين ورعشة اليدين والإمسـاك وشعور بالضعف وقلة المزاج مع الضعف الجنسي .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) :

وتتمثل بالرغبة الملحة في التعاطي ، والتوتر والحركة الزائدة ، والتعرق وكثرة الدموع وإفراز الأنف ، والإسهال ، وسرعة دقات القلب ، والتثاؤب ، واتساع حدقة العين ، مع حدوث آلام بالجسم . وتحدث هذه الأعراض خلال ساعات من تعاطي الجرعة الأخيرة وتبلغ أقصى حدوثها في 24-48 ساعة ثم تهبط خلال أسبوع أو 10 أيام . ونظراً لشدة الأعراض الانسحابية يسعى المريض للحصول على الدواء بأي وسيلة ، فقد يسرق أو يرتكب الجرائم لتحقيق غرضه وتتدهور حالته تدريجياً ويفقد عمله .

العلاج :

يتم علاج الأعراض الانسحابية بواسطة مركب الميثادون وقد يضاف إليه الكلوربرمازين . ويباشر بالعلاج النفسي الجماعي أو الفردي مع التدعيم المستمر للمريض من قبل الأسرة والفريق العلاجي .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الحشيش

المادة الفعالة في الحشيش cannabis أو الماريجوانا marijuana أو البنجو هي تتراهيدرو كنابينول .

أسلوب التعاطي : التدخين ، وفي الهند يمزج مع الأكل أو الشرب .

التأثير : يحدث بعد دقائق من التدخين و1/2 ساعة من الأكل ويستمر 6-12 ساعة ، ويبدأ بالشعور بالاسترخاء وبالسعادة مع إحساس بالقوة ، ويترافق مع هلوسة إبصارية visual hallucination وزيادة في الشهية للأكل وانخفاض درجة حرارة الجسم . ولكن يتبع ذلك ضعف الدافع وتبلُّد الذهن bradyphrenia وفقدان الطموح ، وقد تحدث نوبات ذهانية psychotic لعدة أيام . لا يُحدث الحشيش اعتماداً جسمياً بل يحدث اعتماداً نفسياً .

الاضطرابـــات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات

تشمل الأدوية التالية : كلورال هيدرات ، ميروبامات ، بنزوديازيبين ، جلوتثمد ، مثاكنالون .

كل هذه الأدوية تحدث التـعوُّد إذا استـخدمت لمدة أسبـوعين أو شهر بكمـيات كبـيرة وهي تعطي هدوءاً نفسياً وكثرة نوم .

الامتناع (الانسحاب) : قد يحتاج إلى دخول مستـشفى كحالة طوارئ ، ويشكو المريض من الأرق والتوتر وكثـرة الحركة مع القلق والصداع والرعـشة واضطراب الشهيـة للأكل ، وقد تحدث اختلاجات صرعية في بعض الحالات ، وعلى هذا يجب إيقاف الدواء بالتدريج عند العلاج .

كمـا قد يبدأ حـدوث أعراض الامتناع (الأعـراض الانسحابيـة) بعد أسـبوعين من إيقـاف آخر جرعة ، قد يستبدل الدواء بإعطاء دواء فينوباريتوني كبديل مؤقت .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكايين

يعتبر الكوكايين منـبهاً للجهاز العصبي المركزي فيـؤدي إلى زيادة اليقظة مع زيادة النشاط العضلي وارتفاع الروح المعنـوية وكذلك المرح وكثـرة الكلام ، ومن خلال تأثيره علـى الجهاز العـصبي الذاتي يحدث سرعة ضـربات القلب مع ارتفاع ضغط الدم وضيق في الشرايين (قـد يؤثر في الحاجز الأنفي مما يؤدي إلى ثقب فيه) كما قد يؤثر مع استـمرار استخدامه في حدوث ذُهَان وشكوك (زَوَر) . إذا تم تناول كمية كبيرة قد يحدث نوبات الصرع وَغيبوبة وتوقف التنفس .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : انخفاض المزاج مع الاكتئاب والرغبة الملحة في التعاطي .

العلاج : مضادات اكتئاب مثل الإيمبرامين وكذلك أملاح الليثيوم .

كما قد يفيد أمانتادين أو برموكربتين في إيقاف الرغبة الملحة في التعاطي .

العلاج النفسي الفردي والجماعي والسلوكي له فائدة في استمرار التوقف عن التعاطي .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكافيين

يكثر استخدام الكافيين والمواد المشابهة له (مثل ميثل زانثين ، ثيوفللين ، وثيوبرومين) في القهوة والشاي والكولا والشيكولاته وفي مستحضرات علاج الزكام والجيوب الأنفية .

يتمثل تأثير الكافيين بزيادة الانتباه والتركيز مع عدم الرغبة في النوم . قد تحدث أعراض مثل أعراض القلق النفسي ، أو يزيد أعراض قلق سابقة . عند تعاطي كميات كبيرة من الكافيين في بعض الأفراد الحساسين قد يصابون برعشة وأرق وتوتر وعدم استقرار .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : عند التوقف فجأة عن التعاطي يحدث صداع شديد مع كسل وزيادة نوم مع سهولة الإثارة .

العلاج : تنظيم كميات التعاطي اليومية مع توعية الفرد عن كميات الكافيين في المشروبات المختلفة .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المُهَلْوِسَات

تتضمن المهلوسات حمض الليسرجيك L.S.D ومشتقاته ، السيلوسيين ، المسكالين . يحدث التأثير خلال نصف ساعة من أخذ الدواء ، ويمتد إلى 12 ساعة ، فيحدث هلاوس متنوعة مع الاحتفاظ بالبصيرة ، وقد يعقب ذلك شعور اكتئاب أو خوف ، كما قد يحدث استرجاع للتجربة النفسية التي مَر بها المتعاطي خلال سنة عقب التعاطي مع حدوث هلاوس بصرية . كما قد يحدث ذُهَان شبه فُصَامي مع اضطراب التفكير .

العلاج : بعض الأدوية مثل مركبات البنزوديازبين مع طمأنة المريض .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن التبغ

يعتبر النيكوتين أهم مادة فعالة في التبغ ، وهو يحدث زيادة إفراز اللعاب وزيادة حركة المعدة مع زيادة إفراز الحامض المعدي ، كما يؤدي إلى نشاط الحركي مع اليقظة

والانتبـاه والتركيز ويثـبط الشهية مما يمـنع زيادة الوزن . إن استمرار تعـاطي التبغ يؤدي للاعتماد عليه .

أعراض الامتناع (الأعراض الانسحابية) : التهيُّج وسهولة الإثارة ، قلة الانتباه والتركيز ، مع زيادة الشهية للطعام وزيادة الوزن مع تواجد رغبة ملحة للتعاطي .

مضـاعفـات تعاطي التـبغ لمدة طويلة : أمراض الرئة المزمنـة ، سرطان الرئة ، سرطان البنكرياس ، سـرطان المثانة ، أمراض الشريان التاجي . وهو لـذلك يتسبب في زيادة معدلات الوفيات عن المعدل .

العلاج : العلاج السلوكي . العلاج بالأدوية .

الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيارة

تشمل المنظفات المذيبة والمواد اللاصقة والضبوبات aerosols ، والأسيتون ، والطولوين . ونظراً لسهولة تواجد هذه المواد في الاستخدام المنزلي فقد يسهل تعاطيها خاصة من قِبَل المراهقين .

يشـعـر الفرد بعدم توازن ودوخـه ويضطرب نطق الكلام ويـنعدم التـآزر الحـركي وتظهـر بعض اضطرابات الإدراك . كمـا يحدث فقـدان الوزن . ويحدث الاعـتماد النفـسي ولا يحدث الاعتـماد الجسدي .

آثار التسمم : تلف الكبد والكلى ، اضطراب ضـربات القلب الذي قد يؤدي للوفاة فـجأة ، تلف الجهاز العصبي والأعصاب الطرفية ، حدوث فقر الدم .

الجريمـــة والاعتماد على الأودية

يلعب الكحـول ومواد الإدمان دوراً هامـاً في حدوث الجـريمة ، وذلك بناء على اضطراب الحكم على الأمور ، مع ضعف سيطرة قشرة المخ ووظيفـة الأنا الأعلى (الضمير) . بما أن الاعتماد يؤدي إلى البطالة وقلة الدخل فإن المريض قد يلجأ إلى أعمال مخالفة للقانون (مثل السرقة والنصب) لكي يوفر لنفسه الدواء على حـساب احتياجاته الأخرى وعلى هذا فإن الوقاية والـعلاج من الاعتماد على الأدوية من أهم ما يشغل المجتمع .

الاضطرابـات النفسية العضويـة

organic mental disseases

وسنتناول بالتفصيل كل من الخَرَف dementia والهَذَيان delirium :

أولاً : الخَـــــرَف

Dementia

الأستاذ الدكتور عبد اللطيف موسى عثمان
الأستاذ الدكتور علاء الدين الحسيني
الأستاذ الدكتور فاروق طلعت
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور محمد عماد فضلي
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الأسباب

1 ـ الخَرَف الكهلي presenile dementia

(أ) مرض آلزهايمر
(ب) مرض بك
(ج) مرض « جاكوب ـ كروتز فيلد »
(د) رقص هنتنجتون
(هـ) الاعتلال الدماغي الإسفنجي تحت الحاد subacute spongiform encephalopathy

2 ـ خَرَف تصلب الشرايين

3 ـ أسباب التهابية مثل :

(أ) الزهري (الإفرنجي) **syphilis**
(ب) التهاب الدماغ **encephalitis**
(ج) التهاب السحايا **meningitis**
(د) خراج الدماغ

4 ـ أسباب رضحية مثل إصابات الرأس .

5 ـ أسباب ورمية مثل أورام الدماغ وعلى الأخص أورام الفص الجبهي .

6 ـ أسباب سمية مثل التسمم بأحادي أكسيد الكربون والكحول وإدمان الأدوية .

7 ـ أمراض العوز (النقص الغذائي) مثل :

(أ) الاعتلال الدماغي المنسوب لفيرنيكه Wernicke's *encephalopathy* وهو ينجم عن عَوَز الفيتامين B .

(ب) البلاغرة pellagra

(ج) فقر دم التنكس المشترك تحت الحاد للنخاع subacute combined degeneration of spinal cord anemia في حالات فقر الدم الوبيل pernicious anemia .

8 ـ اضطرابات الاستقلاب (الأيض) والغدد الصم مثل اليورمية uremia وقصور الكبد والشُّحَام lipidosis وقصور الدرقية .

9 ـ أمراض نزع الميالين مثل التصلب المنتشر (التصلب المتعدد) disseminated (multiple) sclerosis .

10 ـ بعض أنواع الرَّنَح (الرَّنَح الوراثي hereditary ataxia) .

11 ـ نقص الأكسيجين مثل حالات الصرع العنيد أو الصرع المستعصي المزمن .

12 ـ الذُّهان المزمن مثل الفُصام .

13 ـ الاستسقاء الدماغي منخفض الضغط أو استسقاء الرأس المتصل .

14 ـ الباركنسونية (مرض باركنسون) .

الصورة السريرية (الإكلينيكية) للخَرَف

1 ـ ضعف ملكة التمييز وضعف التفكير والاستنتاج مع فشل في فهم المغزى وفي التفاعل كما ينبغي .

2 ـ ضعف الذاكرة للأحداث القريبة أكثر منه بالنسبة للأحداث البعيدة .

3 ـ إدراك معيب مع ضلال (وُهام) زماني مكاني .

4 ـ عدم ثبات (تَقَلُّب) الانفعال مع استثارية (تَهَيُّج) أو ثوران وجذل أو نشوة واكتئاب أو كآبة وقلق .

5 ـ توهمــات العظمة المصــحوبة بجــذل أو توهمات مَرَاقِـيةً (توهم وجــود مرض غـير مـوجود) مصحوبة باكتئاب .

6 ـ إهمال النظافة الشخصية واللباس وسلس البول والبراز في المراحل المتأخرة .

7 ـ اضطراب وظيفة الكلام واللغة مثل الكلام الخالي من المعنى والحبسة الرطانية jargon aphasia والعَمَه agnosia وتعذر الأداء apraxia .

8 ـ أعراض وعلامات مخية بؤرية تتوقف على موضع الآفة المسببة .

الخـــــرف الكهلـــي
presenile dementia

مرض آلزهايمر

هو أكثـر أنماط الخَرَف الكهلي شيوعـاً ، وغالباً ما يحـدث في العقدين الخـامـــس والسادس من العمر ، ولكنه قد يبدأ في العقد الرابع أو يظهر بعـد العقد السادس وفي مرحلة الشيخوخة في بعض الحالات . وقد يرجع إلى عوامل وراثية عائلية حيث ينتقل عن طريق الوراثة السائدة .

الباثولوجيـــا في مرض آلزهايمر

ـ تنكس degeneration وضمور متـزايد أوضح ما يكون في الفصين الجبهـيين مع توسع التلافيف والبطينات .

ـ لويحات شيخوخية senile plaques تتكون من خلايا نجمية astrocytes وخلايا عصوية rod cells مكتظة بلييفات عصبية وافرة على نحو شاذ .

ـ حُبَيْكاتٌ (كتل متشابكة الخيوط) من اللُّيَيْفات العصبية neurofibrillary tangles .

ـ تَنَكُّسٌ حُبَيْبِيٌّ فَجَوِيّ granulovacular degeneration في عَصَبونات قرن (آمون) .

وقد يبـدو أن مرض آلزهايمر أياً كـان سببه عبـارة عن اضطراب في بروتين الألياف العـصبـية ، والعديد من السموم مثل الألومنيوم والفنكريستين قد تتسبب في إحداث ذلك الاضطراب ، كما يمكن أن تحدث تغيرات باثولوجية مشابهة في متلازمة (داون) المنغولية وفي أدمغة المسنين .

الصورة السريرية (الإكلينيكية)

يبدأ الخَرَف تدريجياً ، وأول مظاهره فقدان الذاكرة القريبة أو ضعفها . وفي البداية يكون المريض مدركاً لعجزه ويبدو مكتئباً إزاء فشله في إنجاز مهام كانت بالنسبة له روتينية من قبل ، ثم تتفاقم الحالة بشكل متزايد بحيث تصبح واضحة لزملائه في العمل وأفراد أسرته ، وتتميز الحالات المتقدمة من المرض بفقدان الذاكرة ولا مبالاة في السلوك واللباس وضلال زماني مكاني واضطرابات الكلام مثل الحبسة واللكنة وعمه حسي وسلس البول والبراز وفرط المنعكسات العميقة exaggerated deep tendon reflexes ، واستجابة أخمصية باسطة extensor planter response ورعشة في الوجه واليدين وتشنجات في أقل من عشرة في المئة من الحالات ، ويصبح المريض عاجزاً تماماً في خلال خمس سنوات إلى عشر سنوات ، وتحدث الوفاة عادة نتيجة المخمصة (الخواء) starvation أو العدوى الثانوية . ويكشف تخطيط الدماغ الكهربائي عن تغيرات منتشرة تتميز بفقدان النظم الأساسي الطبيعي وظهور نشاط كهربائي منتشر بطيء عالي السعة .

أما تصوير الدماغ بعد حقن الغاز pneumoencephalography والتصوير المقطعي المُحَوْسَب CT scan فيكشف عن توسع البطينات مع زيادة كميات الهواء على سطح الدماغ نتيجة لضموره .

التشخيص التفريقي

يجب أن تميز بين آلزهايمر وبين الأمراض التالية :

1 ـ الأورام السحائية الجبهية بطيئة النمو slowly growing frontal meningiomas .

2 ـ استسقاء الرأس الطبيعي الضغط أو المنخفض الضغط .

3 ـ التسمم الدوائي المزمن .

4 ـ الورم الدموي hematoma المزمن بالجانبين .

5 ـ التهاب الدماغ المزمن .

6 ـ قصور الدرقية .

7 ـ فرط كالسيوم الدم .

8 ـ عوز الفيتامين B12.

مــــرض « بـــك »

هو مرض نادر يرجع إلى عوامل عائلية أحياناً ، ولا يمكن تمييزه عن مرض (آلزهايمر) على المستوى السريري (الإكلينيكي) ، أما التغيرات الباثولوجية المصاحبة له فتبدو أكثر

وضوحاً في الفـصين الصدغيـــين ، على الرغم من أنهـا قد تكون منتشرة على نحـو ما يحدث في مرض (آلزهايمر) ، وتتميز باختفاء الخلايا العصبية تماماً في التلافيف المـصابـــة مع تكاثر وافر للخـلايا النجمية ، وتظهر مشـتملات أليفـة الفضـة (صبـوغة بالفـضة) argentophilic inclusions داخل العَصَبونات neurons وتعرف بجسيـمات بك ، كما تظهر جسيـمات ميرانو في قرن أمون . وهي عـبارة عن بنى خيطية يمـكن مشاهدتها بالمجـهر الضوئي . وتُظْهِر دراسـة التصوير المقطعي المحوسب CT scan توسع الأخاديد والبطينات بما يشير إلى ضمور قشري cortrical atro-phy وبخاصة في الفصين الصدغيين .

ويظهر مـخطط كهربيـة الدماغ موجات بطيـئة عاليـة السعة في نسـبة كبيـرة من الحالات ، وهذا الشذوذ في مخطط كهربية الدماغ يشبه التـغير المصاحب لمعظم حالات التهاب الدماغ الشامل المصلب تحت الحاد subacute sclerosing panencephalitis . وهناك حـالات تحت عائـلية من مـرض جياكوب ـ كرويتزفيلد . ولو أن حالات الالتهاب تحدث فرادى بوجه عام ، وهو يصيب الجنسين دون ميل خاص لأحدهمـا ، وينتهي بالوفاة خلال عامين في تسعين في المئـة من الحالات . ويبلغ متوسط العمر عند بدء الحالة حوالي اثنين وخمسين عاماً ، ولكـنه قد يبدأ مبكراً في العقد الثاني من العمر ، وقد تتأخر البداية إلى العقد السـادس أو السابع ، ولا يوجد علاج نوعي لهذا المرض حتى الآن .

استسقاء الرأس الطبيعي الضغط

متلازمة حكيم وآدمز

وصفها حكيم وآدمز وسماها عام 1965 ، ويرجع الاهتمام المتـزايد بهذه الحالة منذ ذلك التاريخ إلى كونها قابلة للعلاج . وقد يبدو التفـكير في هذا التشخيص عند تناول كافة حالات الخَرَف المتزايـد أمراً منطقيـاً ، وتتمـيز هذه المتـلازمة بخَـرَف هَيِّن تحت الحاد . يعـزو معظم الباحـثين هذه الأعراض إلى تعذر الأداء apraxia ، ويميل سلس البول إلى الظهور مبكراً . أما العـلامات العصبية البؤرية فنادراً ما تحدث . وكثيراً ما تكون الحالات مسبوقة بنزف تحت العنكبوتية أو التهاب السحايا أو أذى الرأس أو بجراحة حديثة في الحفـرة الخلفية للجمجمة . ويعتبر استـسقاء الرأس الطبيعي الضغط أحد المضاعفات الآجلة لتلك الحـالات نتيجـة لإعاقة امتـصاص السائل النخـاعي بسبب التصـاقات السحايا المترتبـة عليها . ويكشف تصوير الدماغ بعد حقن الغاز عن توسـع متناظر بالبطينين الجانبيين وخاصة في أجزائهمـا الأمامية مع ندرة الهواء فوق تحدب الدماغ ، كما أن حـقن نظير مشع في الحَيِّز تحت العَنْكبوتيـة القطني ومراقبة انتشـاره وتسريب محلول ملحي طبـيعي داخل القراب intrathecal وتوليد منحنيات ضغط متميزة قد يساعد في تشخيص استسقاء الرأس المنخفض الضغط ، وعلاج هذه المتلازمة يتم بنجاح بإجراء جراحة مجازة shunt operation للسائل النخاعي .

وتجدر الإشارة إلى أن التدهور العقلي قابل للعلاج في الحالات الناتجة عن أورام الدماغ ونقص فيتامين (B1 وB12) ونقص الدرقية وفرط كالسيوم الدم وإدمان المسكرات .

خَرَف الشيخوخة

senile dementia

هناك نوعان من خَرَف الشيخوخة هما .

1 ـ خَرَف الشيخوخة المجهول السبب idiopathic senile dementia ويرجع إلى مرض (آلزهايمر) ذي البداية المتأخرة .

2 ـ خَرَف الشيخوخة الثانوي secondary dementia لمرض عضوي في الدماغ .

التشخيص التفريقي :

يجب أن نميز الخَرَف من الحالات الآتية :

1 ـ الورم الدموي تحت الحافية subdural haematoma .

2 ـ الاكتئاب .

3 ـ الحبسة الاستقبالية أو الحسية receptive (sensory) aphasia الناجمة عن آفة بؤرية بالدماغ .

4 ـ الخَرَف الكاذب الهيستيري hysterical pseudo-dementia .

ثانياً : الهَذَيَان

delerium

يعتبر الهَذَيَان من أكثر الأمراض النفسية العضوية التي يصادفها الطبيب عند ممارسته للطب ، ويصيب على الأخص الأطفال والشيوخ ، وذلك بسبب حساسية الدماغ في هذه الفترة الزمنية لأية تغييرات استقلابية (أيضية) أو كيميائية أو دورانية أو أي اضطراب آخر .

وقد يستعمل تعبير مرادف آخر للهَذَيَان وهو التفاعل العضوي الحاد acute organic reaction ، وكلا التعبيرين يعبران عن حدة ومفاجأة في بدء الأعراض (وكون هذه الأعراض عضوية) ، ويدلان كذلك وبالأخص على قصر مدة الحالة إذ غالباً ما لا تتجاوز بضعة أيام .

إن تعريف الهَذَيَان قد يشمل معان كثيرة ، متضمنة لكل أنواع الاضطرابات العضوية الحادة ، فيها كل درجات الاضطراب الواضحة للعيان ، وفي أحيان أخرى يحدد فقط معان محددة تشمل

حالة اليقظة والاستجابة كلامياً وزيادة الحركة واضطراب وجداني شديد ونقص في التعرف على الواقع وظهور أعراض إيجابية مثل الهلوسة والانخداع .

أســباب الهَذَيَــان

إن التـوازن النفسي للإنســان ناتج عن التوازن في مـحيَطْيـه الداخلي والخارجي ، فـأي اضطراب فيزيائي أو عضوي داخلي أو خارجي قـد يؤدي في الأشخاص المعرضين إلى هَذَيَان ، ولقد سبق وأن ذكرنا أن الأطفـال أكثـر تعرضاً للإصـابة بالهَذَيَان ، وذلك لعـدم اكتـمال نمو الدماغ ، مما يـجعلهم متحسسين لأي تغـير في الجسم كارتفاع درجة الحرارة المفاجئ أو الالتهابات العـدوائية الحادة أو فقدان السوائل والأملاح بسبب الإسهال .

وكذلك الأمـر بالنسـبة لكبـار السن ، فإن تصلب شـرايين الدماغ مع تدهور تدريجي فـي نشاط الدماغ وقلة الخلايا الدمـاغ القشرية النسبي يجعل الدماغ أكـثر عرضة للتأثر بانخفـاض مستوى السكر بالدم أو هبـوط ضغط الدم ونقص الأوكـسـجين ، كمـا في فشل القـلـب وغيـرها من الاضطرابات الاستقلابية أو الدورانية ، كما أن تغير المحيط الخارجي كارتفاع درجة الحرارة وانخفاضها الشديد يؤثر وبالأخص على الأطفال وكبار السن مؤدياً إلـى حالة الهَذَيَان .

ومن الأسباب المؤدية للهَذَيَان :

1 ـ سبب تنكسي degenerative	الخَرَف الشيخوخي أو الكهلـي المصاحب بالالتهابات أو عوز الأكسجين .
2 ـ الأورام	آفات تحـتل حَـيِّزاً space occupying lesions مثل ورم الدماغ ، خراج دماغي ، ورم دموي تحت الجافية .
3 ـ الرضوح	إصابة الرأس ، هَذَيَان حاد ما بعد الإصابة .
4 ـ الالتهابات	التـهاب الدمـاغ ، التـهـاب السـحـايا ، زهري المجمـوع العصبي ، التهاب الرئـة ، ملاريا الدماغ ، داء المُقَوَّسات ، داء الرَّقَص الروماتزمي ... إلخ .
5 ـ سبب وعائي	الخـثرة الدمـاغيـة الحادة ، نوبات حـادة بتصلب الشـرايين الدمـاغيـة المزمن ، الإقفـار الدمـاغي المؤقت ، نزف تحت العنكبوتية ، داء الذئبة الحمامية المنتشرة .
6 ـ سبب صرعي	النوبات الحركية النفسية ، الصـرع الصغير ، حالات ما بعد النوبات .

7 ـ سبب استقلابي (أيضي) — يوريمية ، فشل الكبد ، اضطرابات الشوارد ، قُلاء ، حُماض ، تأثيرات بعيدة للسرطان ... إلخ .

8 ـ سبب صمّاوي — نوبة فرط الدرقية ، وذمة مخاطية ، نوبة أديسونية ، قصور الغدة النخامية ، المرحلة السابقة للغيبوبة السكرية ، نقص سكر الدم ... إلخ .

9 ـ سبب تسمُّمي — الكحول ، اعتلال الدماغ لفيرنيكه ، هَذَيَان ارتعاشي ، جرعات زائدة من أدوية الباربيتون وغيرها من المنومات ، الحشيش ، مضادات مرض باركنسون ، مضادات المغص ، حامض الساليسيك ، مضادات الاكتئاب ... إلخ .

10 ـ سبب دوراني — التهاب الرئة والقصبات ، فشل القلب ، اضطراب نظم القلب ، جلطة قلبية صامتة ، نزف صامت ، التسمم بأحادي أكسد الكربون .

11 ـ سبب عَوَزي — عوز الثايمين (اعتلال الدماغ لفيرنيكه) ، حمض النيكوتينك والفيتامين B12 .

وعلى الرغم من كثرة الأسباب التي تؤدي إلى الهَذَيَان فإن الطريق النهائي المشترك لجميعها هو اضطرابات استقلابية (أيضية) في المناطق الدماغية المسؤولة عن الوعي ، وفي زمن ما سابق لظهور الإيدز كانت الأمراض المعدية (infections) أكثر الأسباب شيوعاً للهَذَيَان . أما في الوقت الحاضر فإن التسمم بالأدوية هو أكثر الأسباب المؤدية للهَذَيَان . وفي بريطانيا مثلاً فإن التوقف عن معاقرة المُسْكِرَات عند المدمنين هو الأكثر شيوعاً . وفي أحيان كثيرة يصعب التعرف على سبب الهَذَيَان في ما عدا حالات الرضح على الرأس عندما يكون السبب المرضي المؤكد لهذه الشدة أو حالات السكتة الدماغية .

الأعراض والعلامات
symptoms and signs

تتكون الأعراض والعلامات نتيجة لاضطراب فعالية الدماغ الطبيعية بسبب اختلالات استقلابية (أيضية) ، كيميائية ، حيوية ، كهربائية أو ميكانيكية . تتبع الأعراض مخططاً ثابتاً على الرغم من اختلاف المسببات .

وقد تكون شخصية المصاب وخلفية الصورة المرضية واضحة ، وخاصة عندما تكون الإصابة خفيفة أو بسيطة ، وتؤثر بالأخص على الطبيعة الوجدانية أو محتوى الأفكار التوهمية .

غالباً ما تبدأ الحالة بصورة فجائيــة ، وقد لا تظهر الصورة بوضوح عندما تكون البداية تدريجية . ونسبة كـبيرة من حالات الهَذَيَان قـابلة للشفاء عندما يمكن معـالجة العوامل المسببــة لها ، ولكنها في بعض الأحيان تتطور لتصبح حالة عضوية مزمنة ، كما يظهر بعد أن تتوضح صورة الذُهَان الحاد الذي يعقب الرضح على الرأس لتظهر حالة من الخَرَف أو اعتلال الدماغ لفيرنيكه .

إن من أهم الأعراض العامة لكل أنواع الهَذَيَان ما يلي :

اختــــلا ل الوعــــي
impairment of consciousness

يعتبر اخـتلال الوعي التغيير الأســاسي في حالات الهَذَيَان ، ويكون إلى حد ما عـاماً وشاملاً . فلذلك أهمية خاصــة في اكتشاف الهَذَيَان وفي تقييـم شدته . وعلى الرغم من أن الأعراض الأخرى كاضطراب الحركة ، واضطراب الانفـعالات والعواطف والإحساسات أكثر حـدة ووضوحاً ، ولكنها ليست ثابتة ولا نجدها دائماً في كل المرضى .

تتراوح شــدة اختلال الوعي بين قصــور بسيط في الوعي ، قد لا يمكن التـعرف عليه إلى غيـبوبة عمـيقة . وتتأرجـح شدة اختلال الوعي عنـدما تكون ضعيـفة ، وغالبـاً ما تسوء ليـلاً مع التعب ، والإعياء وتغيرات البيئة المحيطة بالمريض .

إن هذا التغـير التـموجي في الوعي ومـا يتخلله من صفـاء في الوعي ، يعتـبران من العـلامات السريرية المهمة لتشخيص الهَذَيَان وتفريقـه عن الحالات الوظيفية والحالات العضوية المزمنة . فقد يرى الزائر أثناء النهار المريض في أحسن حالاته من صفاء الذهن وتسوء هذه الحالة ليلاً .

وليس من الضروري أن لا يكون المـريض مستجـيباً للمنـبهات الخارجـية ، وخاصـة في الحالات البسيطة من اضطراب الوعي ، فقد تكون اسـتجابة المريض طبيعية ومستـوى اليقظة عالياً . ويصعب التعرف على أنه مصاب بالهَذَيَان ، إلا إذا فحص المريض بصورة دقيقة ، وخاصة إذا فحصت الذاكرة التي تفقـد أو تضعف بالنسبــة للأحداث أثناء فترة الهَـذَيَان . وقد تظهر نوبة من عــدم السيطرة على البول وتكون حينئذ من العلامات الأولى .

وغالباً مـا تضطرب دورة النوم ـ اليقظة بدرجات متـفاوتة من الشدة ، متضـاعفة باضطراب النوم وأحلام اليقظة وبتفكير كـالحلم . كذلك يضطرب النمط اليوماوي circadian الحركي مع ميل للنوم أثناء النهار وللاستيقاظ ليلاً .

وفي الحالات الشديدة لاعتلال الوعي يلاحظ أن المريض يبطئ في الاستجـابة ، ويتعثر في متابعة المحادثة والانتباه للحوادث الخارجية . وقد تكشف الاستجابة للأوامر ضعف في الفهم وغياب الإرادة

لتنفيذها . وبعد ذلك يغلب النعاس على المريض وينام بكثرة ، وعندما يوقظ يستجيب بصورة مشوشة وبطيئة .

السلوك النفسي الحركي psychomotor behavior

تقل حركة المريض بصورة مستمرة بازدياد اختلال الوعي ، وعندما يترك المريض لحاله يظهر قليلاً من الحركة الذاتية ، أما الأفعال المعتادة كالأكل مثلاً فتنفذ بطريقة أوتوماتيكية ، وتضمحل قابليته للحركات الهادفة . وعند الضغط على المريض لأداء فعل ما يكون بطيئاً أو متردداً وغالباً ما يكون الأداء متكرراً ، فيصبح الكلام بطيئاً وقليلاً . والأجوبة نمطية وقد تكون غير مفهومة . وفي الحالات الشديدة يصبح الكلام عبارة عن أصوات غير مفهومة .

إن ما ذكر عن السلوك الحركي هو الأكثر شيوعاً في حالات الهَذَيَان ، ولكن في بعض الحالات يحدث العكس ، وتصبح الحركة مفرطة مع سلوك مضطرب ضوضائي . وأفضل مثل على ذلك الهَذَيَان الارتعاشي في بعض حالات الالتهابات العامة ، فتزداد الحركة النفسية الجسمية بصورة مفرطة ، مع ميل لرد الفعل الابتدائي ، فيجفل المريض وتكون فرط الحركة عنده على شكل حركات هادفة مثل مسك أطراف الأغطية ، أو مسك أشياء أو حشرات وهمية ، ونادراً ما يقوم بحركات نمطية معقدة كتمثيل قيادة سيارة أو إعادة تمثيل عمله ، وفي حالات نادرة تكون الحركات هجومية ، أو يحاول الهرب من مكان تواجده .

التفكير
thinking

تظهر على التفكير تغييرات خاصة عندما يضطرب الوعي ، ففي المراحل الأولى يظهر بطء وصعوبة في تركيز الأفكار أو في تكوين أفكار معقدة . ويتبين للفاحص تعب فكري ، وبعد ذلك يبدو التفكير المنطقي أقل وضوحاً وتماسكاً ، ويقل النطق ، ويصبح التفكير أكثر إجهاداً ، ويضعف تنظيم الأفكار مع قلة الوصلات الفكرية بين الماضي والحاضر .

وقد تدخل أفكار غريبة إلى وعيه ويقبلها المريض بطريقة سلبية ، ويلصق أهمية كاذبة إلى الإشارات الخارجية ، وتمتزج معها هلاوس ووُهُامات (ضلالات) ، وقد يستمر المريض بحالات الأحلام التي تؤدي به في النهارية إلى أحلام اليقظة .

وقد تظهر أفكار أو أوهَام تعتمد بالتأكيد على مواصفات الشخصية السابقة ، وبالأخص الأوهَام الاضطهادية التي تظهر أكثر شيوعاً ، وتكون غامضة غير منظمة ، مؤقتة ، وسطحية ولا يعيدها المريض بنفس الصيغة مرة ثانية . وربما تبدر من الشخص المصاب بالهَذَيَان حركات هجومية .

وتغيب البصيرة منذ البداية وقد تتغير بين فترة وأخرى اعتماداً على التغير في مستوى الوعي .

الذاكـــرة
memory

تتأثر الذاكرة بمستوى الوعي ، فعند اضطرابه يختل تسجيل الذاكرة والحفاظ عليها واستدعاؤها . فتسجيل الحوادث الآنية يتعطل بنقص الانتباه والإحساس والفهم . وعليه تقل الذاكرة لحفظ الأرقام . وكذلك يتعطل الاحتفاظ بذاكرة الأشياء مؤدياً إلى صعوبة تعلم جديد ، وهو دليل سريري حساس على اضطراب الذاكرة ، وهكذا يتأكد اضطراب الذاكرة القريبة بالمقارنة إلى الذاكرة البعيدة المدى والتي يحافظ عليها . وقد تتكون ذكريات كاذبة ، وقد يظهر تخريف ويملأ المريض الذاكرة بذكريات كاذبة وعند الشفاء لا يستطيع المريض تذكر الحوادث التي مر بها أثناء الهَذَيَان ولو أن هناك تذكر لفترات الصحو .

وكذلك يؤدي اضطراب الذاكرة والتذكر إلى ضـــلال (وُهَام) مكاني وفي مرحلة متقدمة ضلال (وُهَام) شخصي عندما يصعب على المريض التعرف على الأشخاص الذين كان يعرفهم في السابق بسبب تدهور حالة الإدراك والمعرفة . وقد يتأرجح هذا الوُهَام (الضلال) شدةً ونقصاً ، وتمر بالمريض فترة يصحو من الضلال (الوهُام) لبضعة دقائق أو ساعات ثم ينكس مرة أخرى إلى حالة الضلال (الوُهَام) . وأول ما قد يصاب به المريض هو الضلال (الوُهَام) الزماني إذ يعجز المريض عن معرفة الوقت التقريبي والتاريخ واليوم والأسبوع .

الإدراك
perception

غالباً ما يجلب اضطراب الإدراك الانتباه إلى الهَذَيَان ، ولكن يجب التأكيد على أن اضطراب الإدراك ليس من المظاهر الأساسية في كل حالات الهَذَيَان ، بل يجب الاعتماد على اضطراب التفكير والذاكرة للاستدلال على اضطراب الوعي ، وهو الأساس القوي لتشخيص الهَذَيَان .

في بداية الأمر يجد المريض صعوبة في الإدراك ، ويحتاج إلى تركيز عال لكي يستطيع التمييز وخاصة بصرياً ، وفي أحيان قليلة يظهر الإدراك بصورة حادة جداً . قد يؤدي اضطراب الإدراك البصري إلى رؤية الأجسام صغيرة (رؤية مستصغرة) micropsia أو كبيرة (رؤية ضخامية) mac-ropsia واضطراب الإدراك السمعي قد يؤدي إلى صعوبة التواصل مع الآخرين . وقد يحدث اضطراب إدراكي لشكل الجسم ككل أو لأجزاء منه ، فقد يحس المريض بأن جسمه بدأ يصغر ، أو طرف من أطرافه تقلص أو قطع منه .

ومن الأعراض الشائعة **تبدد الشخصية** depersonalization ؛ الغربة عن الواقع أو **تبدّل إدراك الواقع** derealization ولو أنه لا يعبر عنها كاملاً . وقد تتفكك حدود الإدراك بين الانفعالات النفسية الداخلية والمحيط ، وبين النفس والآخرين مؤدية إلى شعور مرعب من فقدان الكيان الشخصي والجسمي .

ومن التغييـرات المهمة نسبياً ، فقـدان التمييز بين العالم الداخلي والعالم الخـارجي ، واضمحلال القابلية للتفريق بين الاثنين ، ونتيجة لذلك تمتزج الأحاسيس والأفكار مع بعضها البعض ، فيضطرب إدراك الأحداث الخارجية مع عدم القابلية لاحـتواء عناصـر الخبرة ونسبتها بطريقة ذات معنى ، وقد لا يعي المريض ما يحيط به بشكل واضح ، هل هو واقف أو مستلقٍ أو داخل أو خارج المنزل .

وتؤدي اضطرابـات الإدراك إلى خـطأ في التـعـرف والمعـرفـة وإلى وُهامـات (ضـلالات) delusions ، وتكون عادة سطحية ومـتغيرة . ويشيع الاضطراب الإدراكي في المجال البـصري أكثر من غيره من المجـالات الحسية ، فمثلاً يخـطيء المريض بالتعرف على الممرضة على أنها أفـراد عائلته والمصح على أنه بيته وهكذا .

وتظهر الهـلاوس وخاصة في المجـال البصـري ، ولو أن الهلاوس السـمعيـة أو اللمسيـة تظهر كـذلك ، تنتج هذه الهلاوس جـزئيـاً من العجـز في التفـريق بين الصـور الداخلية وبين الإدراكـات الخارجية ، وكذلك من أحلام اليقظة التي يمر بها المريض أثناء تغـير مستوى الوعي بين فترات الصحو واضطراب الوعي ، وعند ذلك يأخـذ المريض مـعه هذه الأحـلام . وتتألف الهـلاوس البصـرية من إشعاعات من الضـوء ، وأشكال هندسية أو ألوان . وقد تكون الهلاوس أكثر تكـويناً وانتظاماً فتظهر على شكل مناظر ، وأناس أو حيوانات متحركة أو ألوان .

وقد تكون الصـورة مشوهة على شكل كائنات مـصغرة . ويكون المريض مدركـاً لهذه الظاهرة ، وقد يشـارك بها أو يتعامل مـعها بصورة منـاسبة وعادة بخـوف وحذر وفي بعض الأحيان بالاهتـمام والانبساط .

ومن الهلاوس الخاصة في حالات الهَذَيان الارتعاشي مـا يكون شديداً ومرعبـاً ، وتبدو البقع أو الخطوط على الجدار كحشرات أو ثعابين ، وتظهر الهلاوس البصرية ، على شكل متكرر ومتغير على شكل حيوانات بألوان زاهية ، وغالباً ما تكون بأحجام صغيرة . وتكون الهلاوس السمعية على شكل أصوات مهددة أو مطاردة .

الانفعـــال
emotion

في المراحل الأولى للهَذَيان يظهـر اكتئاب خـفيف ، إضافة إلى قلق وهيـجان ، ولو أن اضطراب الوجدان يكون سطحيـاً . وعند تقدم الحالة تظهر بوضوح حالة عـدم اكتراث ، وقد تمر دورة المرض كلها بحالة من عدم الاهتمام مع تقوقع انفعالي

وقد نرى انفعالاً وجدانياً حيوياً في حالات فرط الفعـالية النفسية الجسمية عندما يصبح الاضطراب الوجـداني شديداً . يشـيع القلق والخـوف ويزداد إلى درجـة الرعب والهَلَع مع ازدياد دقـات القلب والارتعاش . ويظهر الاكتئاب أكثر من النشوة وأكثر من العُصَاب .

يتحدد اختلال الوجــدان جزئياً بسـبب ما يؤدي إليه المرض الجسمي من كرب ، وكذلك بالإدراك الجزئي للاضطراب المعرفي ، وقد تضاف صفات شخصية المريض إلى رد الفعل الوجداني .

أعــــراض أخرى

قد تظهر أعـراض أخرى مصاحبة ، وخـاصة في الحالات الخفيفـة مثل أعراض من القلق للكرب الخاص نتيجـة المرض العضوي ، وقد تظهر الجوانب الشخصـية الضعيفه للمريض أعـراضاً مراقية أو رُهَابية . وكذلك قد تبدو على المريض أعراضاً استقلابيـة وغالباً ما تُكَوِّن مؤقتة ولكن عند استمرارها تؤدي إلى صعوبة في التشخيص .

وقد تـظهر أعراض زَوَرَانـية (paranoid) ، وقد تغلب هذه الأعـراض في المراحل الأولى على السمـات الشخصيـة للأشخاص المعرضين . وفي بعض الأحـيان يكون الطابع الفُصَـامي كل الصورة المرضيـة . ويتطور اختلال المعـرفة فتظهـر الحالة الخفـيـفة بصورة جلية للانـفعال العضــوي الحاد أو الهَذَيَان . وقـد يقع الطبيب في الخطأ فيشـخص الحالات البسيطة للانفـعال العضوي الحـاد على أنها حالات نفسية عضوية .

التفريــق بين الحالات العضويــة والحالات الوظيفية

يصعب التـفريق بين الحالات العضويـة والحالات الوظيفية في الدرجـات البســيطة أو الخفـيفة ، وفي بعض الأحيـان ، تشخص الحـالات العضـوية على أنها وظيفـية عندمـا تغلب الاضطرابات في الشخصية في مرحلة ما قـبل تجلِّي المرض وتكوُّن الصورة العضوية ، مؤدية إلى حالات من الشكوك والاكتئاب مضافة على الحالة .

وعلى عكس ذلك تشخص الحالة الوظيفـية على أنها عضوية عندما يبدو للطبـيب اختلال معرفي مثل شكوى المريض المكتـئب من اضطراب في الذاكرة أو تشوش فكري . فبين الخطأ فـي التفريق بين الحالات العضوية أو الوظيفية يكون الخطأ في تشـخيص الحالات العضوية أكثر خطورة ، ولربما يؤدي إلى عواقب أوخم مما لو أخطأنا في تشخـيص الحالات الوظيفـية . فلذلك يجب الاهتمام بالأعراض الجسمية وعدم إهمالها عندما يشكو منها المريض ، وإعطاء مجال كاف له ليعبر عنها ، والقيام بفحص سريري دقيق للتأكد من عـدم وجود سبب عضوي . وعند محاولاتنا التفـريق بين الاعتلال العضوي والوظيفي هنالك مبادئ سريرية يؤخذ بها وهي :

1 ـ أعراض هستيرية (تحويلية تفارقية) . لا يمكن تشخيص الهستيريا إلا بعد التأكد من وجود تفسير نفسي كاف وبعد فحص كل عرض بدقة . فقد يبدأ المرض الدماغي بأعراض تشبه الهستيريا في آفات الفص الجداري ، وقد تظهر أعراض هستيرية أو قد تبدأ الأعراض الهستيرية بسبب مرض عضوي .

2 ـ الشخصية ما قبل المرضية . عندما يضطرب سلوك إنسان ذي شخصية مستقرة سابقاً فجأة ، فإن ذلك دليل على مرض عضوي ، ومن الأسباب لهذا الاضطراب الصرع أو هبوط سكر الدم أو الجلطة الدماغية .

3 ـ المزاج والوجدان . قد يكون الوجدان الاكتئابي من العلامات الأولى للاضطرابات العضوية الدماغية . وعلينا تحليل بعض الأعراض بدقة ، فمثلاً يجب التفريق بين « الضعف العضلي » والشعور بالتعب العضلي لكي نفرق بين الوهن العضلي الوخيم mysthenia gravis والاكتئاب .

4 ـ ومن المفاهيم والمبادئ الأساسية التي يجب أن تثير الانتباه إلى المرض العضوي وجود الهلوسة البصرية أو شكاوى من تشوش فكري أو أي عرض آخر غير اعتيادي كالترنح أو السلس البولي .

تشخيص السبب

كما هو واضح من الجدول في أول هذا الفصل (ص 102) والذي يبين الأسباب العديدة والمختلفة للهَذَيان ، فإن الوصول لتشخيص هذه الأسباب يتطلب الاستفسار عن السيرة والسوابق (التاريخ المرضي) للمريض من قبل أهله أو المقربين له ، وبالأخص السؤال عن أي مرض عضوي مثل السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو الصرع ، والسؤال عن تعاطي الكحول والمخدرات أو أية أدوية . والتأكد من عدم وجد نقص في التغذية ، وبالأخص عند كبار السن والمتخلفين عقلياً ، والسؤال عن شجار سابق أو حادث سيارة أو السقوط من أماكن مرتفعة . فقد يدل ذلك على حدوث رض على الرأس . ومن الضروري أيضاً السؤال عن أعراض ارتفاع ضغط داخل القحف (كالصداع والقيء) .

ويركز في الفحص السريري على البحث عن العلامات التي تدل على اعتلال الجهاز العصبي والأجهزة الأخرى ، مع التأكيد على توثيق مستوى الوعي وفحص الجمجمة والعينين . ويجب عدم إغفال فحص المريض ككل والانتباه إلى أية علامات بسيطة كآثار الحقن في الجلد . وبعد تكوين فكرة أولية عن سبب الهَذَيَان تؤخذ عينات من الدم لإرسالها إلى المختبر (المعمل) لفحص نسب السكر واليوريا والأملاح وغيرها من الفحوصات ، اعتماداً على ما يرد في التشخيص التفريقي . كذلك قد ترسل عينة من الدم لتحديد نسبة ضغط الأوكسجين وثاني أكسيد الكربون .

وترسل عينة من البول إلى المعمل لتفحص ، لكشف مختلف الأدوية والمواد الطبية وغير الطبية . وكذلك الفحص العام للبول للدلالة على وجود مرض كلوي أو مرض مجموعي . وعند الاشتباه بوجود علة دماغية كجلطة أو ورم دماغي فيرسل المريض للتصوير المقطعي المحوسب ، وعند الضرورة يمكن الاستعانة بالرنين المغناطيسي للتأكد من وجود آفة دماغية .

المعالجة

management

تتركز المعالجة على ثلاث وسائل :

1 ـ المعالجة العامة

وتشمل الخطوات اللازمة لتخفيف معاناة المريض ، ومنع أو الحد من السلوك الذي قد يؤدي إلى أذى أو إصابات للمريض أو لأشخاص آخرين . وتعتمد المعالجة على العناية التمريضية المُرَكَّزة في غرفة مهيأة من حيث الإنارة الجيدة ، والابتعاد عن المحفزات الخارجية التي قد تثير المريض . يفضل بقاء المريض تحت عناية طاقم تمريضي واحد ، ويبتعد عن تغيير المعالجين ، كما يمكن الاستفادة من أفراد عائلة المريض ليساعدوا بتمريضه ، لأن ذلك يقلل من الشعور بالغربة وما يصاحبها من خوف وقلق شديدين . يعطى للمريض غذاء جيد متوازن ، وإن لم يستطع المريض تناول الأغذية فيعطى السوائل المغذية عن طريق الوريد ، مع إضافة الفيتامينات وخاصة مجموعة (B) ويحسب ما يحتاجه يومياً .

وتزداد الحاجة للسوائل كلما كانت الإصابة نتيجة لأمراض عَدوائية infectious أو مصاحبة بارتفاع الحرارة كالملاريا مثلاً ، وينصح بإعطاء الغلوكوز في مثل هذه الحالة لاحتمال انخفاض نسبة السكر بالدم .

2 ـ المعالجة النوعية

وتشتمل على المعالجة الخاصة بالأمراض المسببة للهَذَيَان ، ففي حالات الالتهابات العدوائية يعطى المضاد الحيوي المناسب بعد التأكد من نوع الجرثومة المسببة ، كذلك إعطاء مادة الثيروكسين thyroxine في حالات قصور الغدة الدرقية ، ومعالجة الورم الدموي في الرأس في حالات إصابة الرأس head injury ، وغيرها من الأسباب العضوية العديدة التي تؤدي إلى الهَذَيَان .

3 ـ معالجة الأعراض

وهنا يجب الالتزام بقدر كبير من الحذر لعدم إعطاء ما قد يؤثر على مستوى الوعي عند المريض .

ففي أثناء النهار قـد نحتاج إعطاء مهدئات لا تؤدي إلى النوم ، فنسـتطيع إعطاء المريض هالوبيريدول haloperidol وهو ذو تأثير مُضَادٍ للذُهَان antipsychotic بجرعات يومية تتراوح بين 10-60 ميلي غرام ويمكن إعطاء ما بين 2-10 ميلي غرام بالوريد أو حقناً بالعضل .

وكـذلـك نسـتطيع إعـطاء المريض أي عـلاج مـن فـصـيلـة الفـينوثيـازين phenothiazines كالكلوربرومازين chlorpromazine بجرعات من 300-600 ميلي غرام يوميـاً كما ويمكن إعطاؤه حقناً عضليـاً أو بالوريد ، علماً بأن لهذه الأدوية تأثيرات جـانبية كالنعاس وهبـوط الضغط ، يفضل الابتعاد عن إعطاء الكلوربرومازين في أمراض الكبد وكذلك في الإدمان الكحولي .

ويمكن إعطاء البنزودايازيبين benzodiazepines كالديبازيبـام وخاصة ليلاً ليـساعد على النوم . ويعطى كلورميثازول chlormethiazole في الإدمان الكحولي والهَذَيَان الارتعاشي ، ويجب إعطاؤه في المستـشفى فـقط لأن أخذه مع الكحـول قد يؤدي إلى تفـاعل خطير ، كـما وأنه دواء قـد يسبب الإدمان عند تكرار تعاطيه .

أمثلـــة سريرية

1 ـ رجل مسن بعمر 75 عاماً ، بدأ فجأة بالهَذَيَان ، وظهـر عليه الخوف من أشخاص يحاولون إيذاءه ، وفَقَـدَ معرفة الـوقت والأشخاص ، ولم يستطـع معرفة المكان . عنـد فحصه كـانت درجة حرارته 40,5 ، وكان جلده مـحمراً وسـاخناً ، وكان الفـصل في ذلك الوقت صيـفاً . واتضح من السـيـرة (التاريخ المرضي) أنه سار مسافة 3-4 كم تحت الشمس الحارة .

اشتملت المعالجة على إعطائه السوائل بكثرة عن طريق الفم مع خافض للحرارة وكمادات ماء بارد من الحنفية . رجع المريض إلى طبيعته خـلال ساعتين . ونعتقد أن السبب كان **ضربة شمس أدت إلى هَذَيَان** .

2 ـ اتصل جراح ليـحصل على رأي زميلٍ له حول مـريض عمره 68 عاماً ، أجـريت له عملية استئصال البروستاتة قبل يوم ، وهو مصاب بالسكري ، استيقظ صباح اليوم الأول بعد العملية مصاباً بالهياج وبدأ ينزع الأنابيب المغـذية مع رَجَفَان وهَلْوَسه . أعطى محلولاً وريدياً يحـوي غلوكوز مركَّز فرجع إلى طبيـعته خلال دقائق ، وظهـر أنه أصيب بهبوط في مستـوى السكر بالدم لأنه أعطى حقنة الأنسولين بدون حساب مضبوط لكمية السكر والغذاء الذي تناوله .

الاضطرابات الذُّهانيـة
psychotic disorders

الأستاذ الدكتور أحمد العقباوي
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد
الأستاذ الدكتور مصطفى كامل إسماعيل
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

وستتناول بالذكر كلاًّ من:

1 ـ الفُصـــام
2 ـ الاضطراب الوَهامي (الضلالي) المتنرك
3 ـ اضطراب الوَهام (الضلال)
4 ـ اضطرابات ذهانية عابرة
5 ـ الاضطراب الفصامي الطابع

1 ـ الفُصـــام
schizophrenia

يعد مرض الفُصَام من أهم المشاكل في الأمراض النفسية ، فهو من ناحية أخطر الأمراض وأكثرها تهديداً بالتفكُّك والتدهور ، ومن نـاحية أخرى أكثرها غموضـاً وتداخلاً مع سائر الأمراض ، ثم إنه يحوي أنواعاً متباينة حتى ليكـاد بعضها يبدو وكـأنه يعاكس البعض الآخر ، وأخـيراً فإن استـجابته للعلاج تختلف من نوع إلى نوع ومن مرحلة إلى مرحلة اخـتلافاً يكاد يعلن أنه ليس مرضاً واحداً بل عدّة أمراض مجتمعة معاً .

واستعمـال كلمة الفُصَام باللغة العـربية هو الأفضل ، إذ يستحـسن عدم استعماله كلمـة انفُصَام الشخصية حتى لا تختلط بكلمة ازدواج الشخصية .

نبـــذة تاريخيـــــة

بدأ الانتباه إلى ما هو فُصَام في أواخـر القرن الماضي ، حيث وصف موريل أعراض نوع منه حين ظهرت على شاب في السادسة عشرة من عمره (كان واعداً ومتفوقاً) أعراض الانطفاء ، والانسحاب والتدهور الدراسي ، ثم أكد كـريبلين مفهوم التدهور العقلـي المصاحب للمرض حين أطلق على هذا المرض الاسم القـديم وهو « الخَرَف المبكر » وأشـار إلى أن أهم ما يميّـزه هو الانسـحاب والجُـمُود ،

وضمـور الإرادة وخلل الحكم على الأمور ثم التـباين بين الوظائف وبعـضها البـعض وبين الأعراض وبعضها البعض .

ثم أشار بلويلر إلى أن أهم ما يميّز هذا المرض لـيس الميل إلى التدهور وإنما هي الأعراض الجوهرية التي تتميز باضطراب التفكير ، وتفكك الروابط واضطراب الوجدان والذاتوية autism يليها الأعراض المصاحبة مثل الهلاوس hallucinations والوُهَامات (الضلالات) delusions .

تعريف الفُصَام

ورد في الدليل المصري (العربي) في وصف الفئة الرئيسية لمرض الفُصَام أن هذا المرض يشير إلى مجموعة من الأمراض ، وأنه يجمع بين التفكّك والميل إلى التدهور ، كما ورد ما نصّه :

« تشمل هذه الفـئة مجـموعة اضطرابات تمثل (أ) تطـور عملية ذُهَانيـة مفكّكة decomposing لتركيـب الشـخصية ، (ب) نتـاج هذه العملية في شكل عجـز بالشخصيـة أو تدهور ، ويأتي عدم تجانس هذه المجمـوعة من أننا نقابل مظاهرها السـريرية (الإكلينيكية) في أطوار مراحل مخـتلفة من تطور هذه العملية ، ويتوقف وجود أعراض معينة أو عدم وجودها على نوع الفُصَام البادي » .

وأخيـراً اكتفت المـراجعة العـاشرة للتصنيـف الدولي للأمراض ICD-10 لمنظمة الصـحة العـالمية (1991) بتعريف الفُصَام (كمجموعه أمراض) بوصف هذه المجموعة هكذا : « تتميز الاضطرابات الفُصَامية بشكل عام باضطراب أساسـيـي في الشـخصية ، وتحريفات مميزة في التفكير والإدراك ، وكذلك في المشاعر التي تكون غير سـوية ومتـبلدة ، وعادة ما يبقى الوعي والقدرة الذهنية سليمين ، وإن كان يظهر بعض مظاهر القصور المعرفي مع مرور الوقت ... » .

ويمكن إيجاز تعريف هذا المرض كما يلي :

« هو مرض عقلي جسـيـم يتميّز بأعراض متنوعة من أهمـها الانسحاب من الواقع ، والميل إلى تفكّك الشخصـية : أي تباعد كل جزء عن الجـزء الآخر ، وكذلك عدم اتساق الوظائف النفـسية مع بعضها البعض ، وأخيراً الميل إلى ظهور أعراض سلبيـة تدل على اضمحلال القدرات العقلية تدريجياً إذا لم تعالج علاجاً صحيحاً . »

أسـباب الفُصَام ومصاحباتـه

لا يوجد سبب محـدد بذاته يمكن أن يكون مسؤولاً مسؤولية مباشـرة عن حدوث الفُصَام ، لكن هناك عوامل كثيرة متآزرة ومتداخلة لـوحظ أنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بظهور المرض ، وسوف نورد هنا أهمها :

1 ـ الوراثـة

(أ) لوحظ أن عائلات الفُصَاميين عندهم سوابق (تـاريخ إيجابي) للمرض النفسي أكثر من غيرهم .

(ب) لوحظ أنه عند حدوث الإصابة في التوائم المتماثلة تكون متصاحبة فيهما بنسبة 40 إلى 60% بالفُصَـام ، كما لوحظت نسبة أخرى بالنسـبة لدرجات القـرابة الأخرى ، وإن تفاوتت النتائج من بحث إلى آخر .

(ج) اختلف العلمـاء في نوعية الوراثة ما بين مـورث مُتَنَحٍّ recessive أو متعـدد العوامل multifactorial .

الوراثة في الفُصَام

درجة الوراثة	نسبة تكرار المرض
التوائم المتشابهة	%60-40
الوالدان مصابان معاً	%40
والد واحد مصاب	%20-17
الإخوة الأشقاء	%14
الإخوة غير الأشقاء	%7

(د) في عدد أقل من الأبحاث لوحظ أنـه قد توجد في نفس العائلة صفـات إيجابية متميِّزة قد يكون لها علاقة ما بالفُصَام ، وإن كانت طبيعة هذه العلاقة لم تستقر بعد ، ومثال ذلك أنه قد يوجد في عائلة الفُصَامي عبقري أو متصوّف أو قائد أو طفل عنده صعوبات فائقة في النمو .

2 ـ السـن

يبدأ المرض عـاده في سن المراهقة وما بعـدها حتى منتصـف العمر المبكر ، فـقد لوحظ أن تلثي الحالات تحـدث ما بين سن 15-30 سنة ، لكن بعض أنواع الفُـصَام يحـدث في أي سن ويكون له مميزات خاصة ، فهناك فُصَام الطفولة وله علاقة شديدة بإعاقـة النمو ، كما يتميز فُصَام العمر المتأخر بمصاحبته باضطرابات وجدانية بدرجـة أكبر .

3 ـ التكوين الجسمي ، والشخصية

يحدث مرض الفُصَام في التكوين النحيف والعضلي أكثر مما يحدث في التكوين المستدير .

كما يكثر هذا المرض في الشخصية الانطوائية ، والشخصية ذات السمات الحساسة ، والمتوجسة ، والهشّة .

لكن المرض يمكن أن يصيب أي نوع من الشخصيات أو التكوين الجسدي .

4 ـ العوامـــل البيوكيميائية

في العقدين الأخيـرين خاصة ظهرت عشرات الآلاف من الأبحاث التي تشيـر إلى وجود تغيرات كيميائية مـصاحبة لمرض الفُصَام ، ورغم الانتباه الشديد إلى أن وجود مـثل هذا التغير لا يعني بحال من الأحوال أنه مسبّب للفُصَام ، إلا أن رصد الارتباط بهذه الصورة له أهمية قصوى ، لأنه بناء على وجود زيادة أو نقص في هذه المادة الكيـميائيـة أو الموصّل العصبي ، ظهـرت نظريات علاجية جـيّدة استفاد منها بعض المرضى بشكل ملحوظ .

ومن أمثلة التغيرات البيوكيميائية :

(أ) زيادة نشاط الدوبامـين ، إما لزيادة إنتاجـه أو تراكمه بسـبب نقص الإنزيم المؤكسـد للأمينات الأحادية أو غير ذلك .

(ب) زيادة نشاط النورأدرينالين ، مما يسبب حـساسية تجاه النواقل العصبيـة الداخلية في المخ فينتج عن ذلك أعراض ذُهَانية تشبه الفُصَام .

(ج) نقص السيروتينين : حيث لوحظ أن مضادات الذُهَان تتحد بمستقبلات السيروتينين ويقل مولد السيروتينن (التربتوفان) في حالات الفُصَام .

(د) توجد ملاحظات أخرى بالنسبة لتغـيرات في الإنزيمات المؤكسدة للأمينات الأحادية ، أو إنزيم الدوبامين بيتا هيدركسلاز وغيرها .

(هـ) ثبت أنه لمجموعة البيبتيدات التي تشبه الأفيون (الإندورفينات) دور هام في سببية الفُصَام .

(و) وجد أنـه في بعض اضطرابات الغدد الصـماء ، وبعض اضطرابـات الاستقـلاب (الآيض) تظهر أعراض تشبه أعراض الفُصَام .

(ز) هناك أدوية تسمّى أحـياناً الأدوية المُهَلوسة تُحـدث ما يشبـه الفُصَام مثل عـقار الـ ل.س.د. LSD ، وهي تعمل مباشرة على المخ ، وتبطل عملهـا الأدوية المهدئة التي تفيد في علاج الفُصَام ، ومن هذا وذاك ذهب البعض إلى ترجيح أن الفُصَام يحدث نتيجة لإفراز أدوية أو تركيبات شبيهة بهذه المهلوسات .

5 ـ تغيرات في المجموع العصبي المركزي

زادت الأبحاث الحديثة مؤخراً في التأكيد على دور المجـموع العصبي والتغيرات التي تحدث فيه ، جنباً إلى جنب مع التغيرات الكيميائية السـالفة الذكر ، بحيث أصبحت المسألة شديدة الأهمية ، ومن هذه التغيرات :

(أ) توجد شذوذات في تخطيط كهربية الدماغ لدى مرضى الفُصَام أكثر منها عند العامة .

(ب) توجد علامات ضمور في الدماغ تؤدي إلى اتساع البطينات وخاصة البطين الثالث ، ويحدث هذا بوجه خاص في الحالات المزمنة ، والمتصاحبة بالتعوّق وفي الحالات المُهملة ذات الأعراض السلبية مثل فقد الإرادة والتبلد العاطفي .

(ج) توجد علامات قصـور في المجموع العصبي غير محددة مـثل القصور في التحكم الحركي ، والتعرف اللمسي والاهتزاز ، كما تظهر رعشـات وخلل في المشية ، وفي الحالات المتأخرة جداً تعود المنعكسات البدائية للظهور مثل منعكس « القبضة grasp » ، ومنعكس « اليد إلى الفم » .

تغيـــرات ومصاحبـــات وأســـباب نفســـية

إن أغلب النظريات والمصاحبات النفسية تفسّر حدوث الفُصَام ، ولكنّها لا تؤكد العلاقة السببية مع ظهوره ، وبالتالي فإنها اجتهادات فرعية وفَرَضيَّات مفيدة ، وليست أسباباً محددة .

1 ـ يرى البعض أن الفُصَام هو نتيجة لتجمع عادات سيـئة أو نتيجة للتفاعل الخاطئ مع البيئة ، فإذا زاد الضغط الخارجي مع هشـاشة التكوين الشخصي ، زاد العجـز عن تقبّل الواقع ، وانسحب الشخص إلى داخل ذاته ، ثم إلى عالم الخيال ، ومن ثمّ حدث الفُصَام .

2 ـ يرى آخرون أن أهم أسـباب الفُـصَام هو التثـبيت وتبـاطؤ النضج عند مرحلة باكـرة من مراحل النـمو ، وهي المرحلة التي تضعف فيها العـلاقة بالموضوع وبالواقع ، ثم ينمو الإنسان بعد ذلك وفي داخله عوامل جذب شـديدة إلى هذه المرحلة ، فإذا ما أصيب بإحبـاط أو زادت الضغوط الظاهرة أو الخفية ، فإن النتيـجة هي النكوص إلى هذه المرحلة الباكرة من النضج ، والتي تظهر فيها علامات الفُصَام .

3 ـ رأى آخرون أن الخطأ الأساسي الذي يؤدي إلى ظهور الفُصَام هو عجز اللغة عن القيام بوظيفتها التواصلية بشكل له معنى وغاية .

4 ـ رأى فريق آخـر أيضاً أن اخـتفاء المنطق العـام وإحلال المنطق البـدائي والانفعالـي والذاتي محل المنطق العام هو سبب حـدوث الفُصَام نتيجة لانعدام التـواصل مع الآخرين ، ومن ثمّ الانغلاق على الذات ، ثم التفكك وضمور عدم الاستعمال .

5 ـ رأى البعض أن المشكـلة هي في عجز الفُـصَامي عن القـيام بكفاءة بالعـملية الانتـقائية الهـادفة للمثيرات المدخلة إلى المخ ، والانتـقاء من بين فيض من مثيرات الإدراك ، ونتيجـة لهذا العجز يتشتت الفُصَامي ، فيغلق نوافذ إدراكه في مـواجهة هذا الفيض كآلية دفاعية ، بما ينتج عنه نوع من التصلب ، وكذلك قد يكون تكوين الوُهَامات (الضلالات) هو محاولة لإعادة تنظيم هذه المثيرات الغامرة بلا تميّز .

6 ـ تعتبر العوامل البيئية أيضاً من المؤثرات التي تواترت مع ظهور الفُصَام مثل العوامل المؤدية للعزلة عن المجتمع ، أو عوامل التربية المُحْدِثة لنوع من خلل الحكم على الأمور والتشتت ، أو العوامل التي تؤثر على توازن الطفل واليافع مثل الخلاف المعلن والمخفي بين الوالدين ، وتذبذب معاملة الوالدين . . أو تناقض معاملتهما مع الطفل تجاه نفس الشيء .

الأسباب المُرَسِّبة

precipitating factors

من الصعب الربط بين ظهور مرض الفُصَام وبين موقف أو حدث أو إصابة أو حمّى مثلاً ، لكن العامه والأطباء قد يلاحظون أن بعض المواقف الصعبة التي يسمونها مجازاً مواقف « الحياة والموت » (حقيقة أو مبالغة) تكون مصاحبة لظهور مرض الفُصَام (في مصر مثلاً يتواتر ظهور هذا المرض مع امتحان الثانوية العامة) . كذلك يُظهر المرض نوع من الحرمان المفاجئ الشديد ، أو الإحباط ، أو الحمّى أو إصابات الرأس ، وكل هذا لا يعتبر سبباً مباشراً بقدر ما يعتبر سبباً مرسباً ، وهو على حد التعبير الشائع يكون هذا السبب بمثابة « القشة التي قصمت ظهر البعير » .

بعد ذكر الأسباب والمصاحبات لابد أن نشير إلى أن كل ما ذكرنا هو ملاحظات متواترة أكثر منها أسباباً محدثة ، والأمر يحتاج إلى تراكمات وتفاعلات بين كثير من هذه الأسباب بعضها مع بعض ، بينها وبين أسباب أخرى لا نعرفها حتى يظهر الفُصَام .

أعراض الفُصَام

اضطراب التفكير

I ـ الاضطراب الجوهري للفكر

1 ـ الغموض (التفكير العهني ، شبه الفلسفي)

2 ـ اللاترابط

3 ـ التفكك

4 ـ اللاتوافق

5 ـ عرقلة (توقف) التفكير

6 ـ انحراف التفكير

7 ـ فقر التفكير

8 ـ التفكير البدائي

II ـ إضطراب محتوى الفكر

1 ـ الوُهَامات (الضلالات) غير الطبيعية

2 ـ وُهامات (ضلالات) الاضطهاد

3 ـ الوُهامات (الضلالات) غير المتسقة

III ـ إضطراب الإدراك

1 ـ الهَلْوَسَة وخاصة السمعية

2 ـ اضطراب صورة الذات والجسد

3 ـ تغيرّ إدراك العالم

IV ـ إضطراب امتلاك الفكر مثل

1 ـ سرقة الأفكار

2 ـ إقحام الأفكار

3 ـ إذاعة الأفكار

V ـ اضطرابات الوجدان

ضحالة الوجدان

تبلد العواطف

فقد الترابط

اللامبالاة

تذبذب العواطف

التناقض (ثنائية الوجدان)

فراغ الوجدان

عدم توافق العواطف (مع الفعل أو الفكر)

الابتسامة السهلة غير المناسبة

VI ـ اضطراب الإرادة والفعل والحركة

الوضع المتجمد

التَّوَهانُ عن الزمان

الغيبوبة

تقليد (صدى) الكلام والحركة

الطاعة العمياء

المعانده

التذبذب

فقد الإرادة

التسيير بقوى خارجية خفية

VII ـ اضطرابات عامة وأخـــــرى

تدهور الصفات الشخصية

إهمال المظهر الذاتي والنظافة الخاصة

الانسحاب والداتوية

ضعف أو فقد حدود الذات

الأعراض العصبية الطفيفة

الأفعال النزوية المفاجئة

أعراض الفُصَام

الفُصام مـرض يصيب الشـخـصيـة ككل بالتفـكّك ، كمـا يهدد الوظائف الـنفسـية والذهنيـة بالاضمحلال والتدهور ، وهو يظهر بشكل خاص في مجال التفكير ، وخاصة مجال ترابط التفكير ، كذلك يظهر في كل من مجالات الوجدان ، والفاعلية (بشمولها الإرادة واتخاذ القرار) ، وفيما يلي موجز شديد لأهم أعراض الفُصَام :

اضطرابات التفكيـــر

I ـ الاضطراب الجوهري للفكر

وسوف نورد اضطراب التفكير بتفصيل وتحديد أكثر لأن هذا هو ما يميز الفُصَام أساساً :

1 ـ **غمـوض التفكير** : وهنا يبدو تفكيـر الفُصَامي متـداخلاً ومكثّفاً ، له بداية قـد تكون واضحة لكنّها لا تؤدي إلى شيء ، وهذا ما يقـال له « الباب المغلق الذي ليس وراءه شيء » ، ويسمى هذا أيضـاً بالتفكيـر العـهني ، (مثل العـهن المنفـوش الذي لا تستـطيع أن تمسكه رغم الرؤية الظاهرة لكتلتة) .

2 ـ **اللاترابط** : وهنا يظهـر الكلام (الدال على الفكر عادة) غـير مـترابط ، فـتكون الجمل مـثل مبتـدأ بلا خبر ، أوعدة عبارات غير متماسكة ولا تصل إلى هدف له معنى مفيد .

3 ـ **التفكك** : يطلق هذا اللفظ بصفة عامة على عدم الترابط البسيط ، وعلى كثير من مظاهر الافتقار إلى الوحدة الضامّة لأي مسار فكري .

4 ـ **اللاتوافق** : وهو يعني عدم ترابط الفكر مع العاطفة المصاحبة عادة مثل أن يضحك المريض وهو يحكي مأساة محزنة أو يسمع نبأ فاجع .

5 ـ **عرقلة (توقف) التفكير** : وهنا يتوقف التفكير تماماً ويشكو المريض من ذلك أو يستمر بعد التوقف في موضوع جديد غير الذي بدأ به ، ويحدث ذلك دون بعد عن وعي المريض عادة وإن كان المريض أحياناً يحاول أن يجد تفسيراً .

6 ـ **قد يحدث انحراف** في مسار التفكير دون عرقلة ويسمى : التخارج أو الخروج عن القضبان .

7 ـ **فقر التفكير** : وهنا يكون محتوى التفكير فقيراً ، فلا يخرج المريض عن موضوعات قليلة محدودة ، يا ور ويلف حولها دون انقطاع

8 ـ **التفكير البدائي** : وهو التفكير الذي يشير إلى عجز المريض الفُصَامي عن التجريد وفهم المعنى الحرفي للكلمات دون سواها ، مثل عجزه عن معرفة مغزى مثل عامي ، وإصراره على معناه الحرفي ، كأن يتصور حين يسأل عن معنى أو استعمال المثل « ضربوا الأعور على عينه قال خسرانة خسرانة » أن هناك شخصاً فقد عينا واحدة وهم يضربونه .

II ـ اضطراب محتوى الفكــر

أهم ما يميز اضطراب محتوى الفكر عند الفصامي هو وجود الوُهَامات (الضلالات) ، وأهم الوُهَامات (الضلالات) في حالات الفُصَام هي وُهامات (ضلالات) الاضطهاد ، والمطاردة ، والمؤتمرات ، والتجسس ، وكذلك وُهامات (ضلالات) الشك والغيرة والخيانة الزوجية ، وعادة ما تكون الوُهَامات (الضلالات) شاذة وغير متسقة ، وقد تكون منتظمة انتظاماً بسيطاً إذ تصنع منظومة وُهامية (ضلالية) .

لكن توجد حالات فُصَام دون وجود وُهامات (ضلالات) أصلاً .

كذلك إذا كانت الوُهَامات (الضلالات) المتسقة تماماً صانعة لمنظومة وُهامية (ضلالية) محكمة ، مع عدم وجود علامات تَفَكُّك وتدهور أخرى في الشخصية ، فإن وجود هذه الوُهَامات (الضلالات) ليس دليلاً على الفُصَام بل على حالات الزَّوَر (البارانويا) .

III ـ اضطرابــات الإدراك

يُعتــبر الإدراك مــدخلاً للفكر ، ولــلاتصال بالعــالم الخارجي ، ولتنظيم المعلومــات ، واضطراب الإدراك في الفُصَام يظهر في شكل هلاوس سمعية أساساً ، وإن وجدت هلاوس من أي نوع آخر في مختلف الحالات ، وتكون الهــلاوس خارجية ، أو داخلية (صوت الداخل مــسموع) ، وقد تكون آمرة (افعل كذا) ، أو معقّبة (ها هو يفعل كذا ، ها هو يضـحك ، ها هو يقوم ، ها هو يجلس) ، وقد تكون الهلاوس غامضة ، أو مركبة ، أو عابرة .

IV ـ اضطرابات امتلاك الأفكـــار

قد يشكو الفُصَامي من أن أفكاره ليست ملكاً خاصــاً به ، وأنها أفكار غيره ، تُزرَع في مخّه وتُقع عليه ، وقــد يشكو أن أفكاره الخاصة لم يعــد يســيطر عليهــا ، وأصبحت مشــاعاً لغيــره من خلال إذاعتها ، أو سماعها بين الناس دون إذنه .

V ـ اضطرابات الوجدان (العاطفة)

يختل الوجدان في الفُصَام في أشكال متعددة وأهم مظهر لهذا الخلل هو ضحالة التفاعل الظاهر ، وتَبَلُّد العاطفة ، مما يترتب عليه ما يسمى باللامبالاة وانعدام التفاعل العاطفي ، وكذلك قد يكون هذا سبباً في ما يشعر به الطبيب والفاحص عامــة من أنه لا توجد علاقة دافئة أو حميمة بينه وبين المريض الفُصَامي .

كذلك يعاني الفُصَــامي (وخاصة في البداية) من تناقض وثنائية الوجدان (العــاطفة) ، فيشكو من أنه يحب ويكره نفس الشـــــخص في نفس الوقت ، وأنه غير قادر على تحديد موقفه الوجــداني (العاطفي) منه .

وقد تشاهد على الفُصَامي درجة واضــحة من تَحَوُّلات النقيض وفراغ الوجدان ، وإنما هو من نوع اندفاعه الانفعالي بشكل بدائي وفج ، ثم تحوّلاته بلا مبرر ظاهر ، استجابة لنزوة داخلية غير مرئية .

أمــا لا توافق العواطف ، فــهو من أدل المـظاهر على التفكّك ويبــدو في شكل تلك الابتــسامــة المشهــورة المسمــاة الابتســــامة الــهيّنة السرّية حــيث يبدو المريض وكــأنه يضحك لشيء مــا في عالمه الداخلي . ومثال اللاتوافق حين يضــحك المريض في موقف عزاء ، أو يحزن حزناً واضــحاً وخطيراً في موقف فكاهي دون تفسير .

VI ـ اضطرابات الإرادة والفعل والحركـة

تتصل الإرادة اتصــالاً مباشراً بالفــعل والحركة ، والإرادة تبدأ باتخــاذ القرار ، وتتأكد بتنــفيذه ، وتُحسم بتــحقــيق الهدف منه ، وكل ذلك لا يتم إلا إذا كــان للذات حدوداً ومعــالم واضحــة تسمح بذلك .

والفُصَامي يفتقـد عادة إلى مثل هذا التحديد للذات ، بما يستتبع أنه لا يسـتطيع أن يقرر ، فيظهر عليه (أو يشكو) من التذبذب وعدم القدرة على اتخاذ القرار ، وقد يبدو عليه أنه اتخذ قراراً ، لكنه في واقع الأمر لا ينـفذه إطلاقاً ، (مـثل طالب الثانوية العـامة الذي أمضى خـمس سنوات وهو لا يعمل شيئاً إلا اتخاذ قرارات متتاليـة بتنظيم ساعات استذكاره بجدول محكم ، ولكن هذا الجدول لم ينفذ أبداً ، وفي كل مـرّة يهم بتنفيذه يقوم بتـعديل ما في الجدول وهكذا لعـدّة سنوات حتى تبين أنه فُصَامي فقد إرادته) .

وقد يظهر هذا الاضطراب في الإرادة في شـكل سلوك حركي مثل الطاعة العمـياء ، حيث يطيع المريض كل ما يؤمر به ولو كان غريباً أو بلا مبـرر ، أو يفعل العكس فيما يسمّى بالمعاندة negativ-ism ، أو يترك جســـده يتصلّب لدرجة أن الفاحـص يمكن أن يشكّله مثلما يشكل تمثالاً من الشمع (الطواعية الشمعية waxy flexibility) .

وقد يظهر فقد الإرادة حين يبدو المريض مقلدًا مكرراً مـثل الصدى لما يقال أو يُعمل أمامه ، ويقال لتكرار الكلام كما هو دون فـهم أو ترديد المريض صدى الكلمات echolalia ، وحين يقلد الحركة يقال إنه صدى للحركة echomatism or echokinesis .

وقد يصل الجمود الحركي إلى درجة التجـمد التي يقال لها الغَيْبُوبة coma ، وكل هذه العلامات والأعراض الحركية تحدث خاصة في النوع الجامودي (الجُمْدَة أو الكاتاتونيا catatonia) .

VII ـ الاضطرابات والأعراض العامة (والأخرى)

حيث أن الفُصَام هو اضطراب عام في الشخصية أساساً فإن النظر في اضطراب الشخصية ككل هو من أهم الأعراض والمظاهـر السريرية (الإكلينكية) الـتي ينبغي الالتفـات إليها في الـفصـام ، ومن ذلك :

تدهور العادات ، وتدهور الصفات الشخصية ، وانتقال السمات من النقيض إلى النقيض سلبياً ، (أي إلى نقيض أسوأ) مثل ظهور علامات الوقاحة والصفاقة على شخص عرف طول عمره بالدماثة والحياء ، وكذلك إهمال العناية الذاتية بالملبس والمظهـر ، وأيضاً ضعف أو فقد حدود الذات ، وفقد الشعور بوحـدة الذات بمعنى أن المريض يشعر أنه لا شيء وأنه لم يعد له حـدود ، أو أنه أصبح مثل مكنة خرقـاء أو إنسان آلي ، كذلك فإنه في الفـحص قد يظهر على المريض عـلامات اضطرابات في المجموع العصبي (انظر قبلاً) من النوع الطفيف غير المحدد تماماً .

ويظهر المريض أحياناً اندفاعات نزوية قد تكون سبباً في ارتكابه بعض الجرائم.

أنــواع الفُصَــام

ينقسم الفُـصَام إلى عـدة أنواع ، وقد قسّـمها الدليل المصـري / العربي على أسـاس التدرج مع مراحل العملية الفُصَامية ، ولكن هذا التدرج لا يمكن التـيقن منه من الناحية العملية ، وسوف نكتفي بذكر الأنواع الشائعة ثم نلحقها بإشارة محدودة إلى بعض الأنواع الأخرى النادرة أو غير النموذجية .

أولاً ـ الأنواع الأربعة النموذجيــة

1 ـ الفُصَام الفَنَديّ (الهيبفريني)

hebephrenic schizophrenia

يتصف هذا النوع بالتفكك أسـاساً ، وإلى درجة أقل بالتدهور ، وفيـه تظهر كل الأعراض الدالة على تباعد أجـزاء الشخصيـة عن بعضها ، وكذلـك الدالة على تباعد وحدات الوظيـفة الواحدة عن بعضها ، فمثلاً نجد عـدم الترابط في التفكير بكل جوانبه مما يؤدي إلى أعراض اضطراب شكل الفكر بوجه خاص ، كما تكون الوُهَامـــات (الضلالات) غير متســـقة وغير منتظمة في منظومة وُهامية (ضلالية) واحـدة ، ثم إن الفكر لا يتفق مع العاطفة بما ينتج عنه عدم توافق العـاطفة ، وكذلك لا يتواكب التنفيذ مع التفكير مما يترتب عليه مظاهر فقد الإرادة وبعض مظاهر فقد أبعاد الذات .

كمـا يتصف هذا النوع بـوجود وُهامات (ضـلالات) حشـوية ، والاحتـفاظ ببعض الـعواطف السطحية والفـجّة والمتقبلة ، لكن كثـيراً ما تظهر هذه الابتسـامة الصفراء التي لا معنى لهـا ، ويتأكد ذلك اللاتوافق حين نجـد المصاب نشطاً إلا أنه نشـاط غيـر هادف ، وكأنه نشـاط « يدور في حـلقة مفرغة » . ويحدث هذا الـنوع في سن مبكرة نسبياً ، ويتخذ مسـاراً مزمناً ، وقد ينتقل من نوع إلى آخر .

2 ـ الفُصــام الزَّوَرِيّ (البارانــويدي)

paraniod schizophrenia

هذا النوع هو أكثر الأنواع تماسكاً ، رغم أنه لابد أن تكون فيه درجة من اللاترابط سواء في الفكر أو في عـدم اتساق الوُهَامـات (الضـلالات) ، وإلا عُدَّ هذا النوع مـن حالات الزَّوَر (البـارانويا) paranoia .

والوُهَامات (الضلالات) الغالبة في هذا الـنوع هي وُهامات (ضلالات) الاضطهاد ، فالمريض يشـكو عـادة من رجال الأمن الذين يتبعـونه ، ومن النظام العالمي الجـديد الذي يضطهده هـو بوجه خاص ، ومن الزبال الذي يضع له أجهـزة تنصـت في برميل القمامـة القريب من منزله ، إلى آخر

ذلك ، لكن هذه الشكوى لا تمثل منظومة محكمة ، وإن كان الفاحص المتعجل قد يتصوّر أنها منظومة .

ويحدث هذا النوع من الفُصَام في سن متأخرة نسبياً ، (منتصف العمر عادة) كما أنه قد يكون مصاحباً بتفاعل عاطفي يناسب محتوى الوجدان أو مصاحباً بدرجة ما من الاكتئاب ، وفي حالة وُهامات (ضلالات) العظمة المصاحبة قد يكون هناك درجة طفيفة من لوثة الزهو غير المناسب .

هذا ولا تتدهور شخصية الفُصَامي الزَّورَي (البارانويدي)، كثيراً ، فيظل محتفظاً بتماسكه وحدود ذاته لفترة طويلة ، كما أن أغلب تصرفاته تكون متفقة مع محتويات وُهَامَاته (ضلالاته) بدرجة متوسطة .

3 ـ الفُصَام الجَامُودي (الكاتاتوني)

catatonic schizophrenia

يتصف هذا النوع بأنه يظهر في صورة ذات وجهين ، فالمريض إما أن يحضر في حالة هياج شديد جداً ، يظهر في شكل تحطيم أعمى ، وانقضاض خطر على من حوله وما حوله ، أو أنه يظهر في شكل غيبوبة يصل إلى ما يشبه الموت ، وهذا النوع آخذ في الانحسار عن ذي قبل ، فمنذ ثلاثة عقود كان هذا النوع متواتراً بشكل أكثر من هذه الأيام ، ولا يعرف لماذا اختفى هذا النوع ، فيقال إن ذلك بسبب استعمال الأدوية لمدة طويلة وبشكل مبكر ، ويقال إن سبب ذلك هو اختلاف ظروف البيئة ونوع الحياة ، مما يحتاج إلى أبحاث خاصه ، لتحقيقه .

وأثناء نوبة الفُصَام الجامودي التهيجي يصعب اكتشاف الأعراض التخشبية مثل التشكل الشمعي ، أو الطاعة العمياء ، أو محاكاة الحركة أو غير ذلك ، كذلك فإنه أثناء الغيبوبة يصعب كذلك فحص المريض بالطريقة التي تظهر اضطراب الحركة واضطراب الإرادة ، وهما ما يتميز به هذا النوع من الفُصَام بشكل خاص . لكن يمكن اكتشاف هذه الأعراض الجامودية (الكاتاتونية) في الحالات المتوسطة قبيل الغوص في الغيبوبة أو بُعَيْدَ التهدئة من الهياج .

على أن وجود الأعراض الجامودية (الكاتاتونيّة) في أي نوع آخر من الفُصَام (مثل الفُصَام الهذائي أو الفُصَام الزَّوري) لا يعني أن هذا النوع قد انقلب هكذا إلى النوع الجامودي ، فهذه الأعراض يمكن أن توجد بدرجة أو بأخرى في أي نوع آخر .

4 ـ الفصام البسيط

simple schizophrenia

وهذا النوع ذو الاسم الخادع هو من أخطر الأنواع كافة ، وكلمة بسيط هذه كلمة تاريخية لا تعني آية درجة من البساطة ، لكنّها أطلقت على هذا النوع لقلّة الأعراض الإيجابية الظاهرة واللافتة

للنظر والداعية للإسراع بالعلاج ، وذلك مثل الهلاوس والوُهَامات (الضلالات) والهياج ووفرة الكلام غير المترابط . ونظراً لاختفاء هذه الأعراض الظاهرة فقد اختفى هذا النوع من فئة الفُصَام في فترة من فترات التقسيم واعتُبِر نوعاً من اضطراب الشخصية لكنّه عاد فظهر ثانية .

ويتصف هذا النوع من الفُصَام بأن له بداية مخادعة أو مخاتلة insidious ، ومساراً تدريجياً متفاقماً في بطء ، الأعراض أغلبها أعراض سلبية أي أنه توجد درجة متقدمة من التبلد الوجداني واللامبالاة وتسطيح الانفعال . كذلك تظهر أعراض فقد الإرادة بشكل مباشر ، إذ يعجز المريض عن اتخاذ أي قرار ، أو يتخذ القرار وضده دون تنفيذ إلى ما لا نهايه ، وأيضاً ينعزل المريض تدريجياً حتى تقل دائرة نشاطه الاجتماعي بشكل شديد ، ويتجه المريض إلى الرضا بأقل من قدراته بشكل يتعجّب له من حوله ويتساءلون عن « أين ذهب طموحه الذي كان يعد به قبلاً ؟ » (قارن حالة موريل : أول حالة وصفت فيما سمّي الخَرَف المبكر) .

وكذلك يتصف هذا النوع بأن المريض يبالغ في شرح وجهة نظره بالتبرير المرضي الجسيم الذي يكاد يفسر كل الأعراض بما يتفق مع تخيلاته الخفية ويؤكد ضرورة انسحابه وتبلده .

ثم إنه لا توجد في هذا النوع أية وُهامات (ضلالات) أو هلاوس إلا إذا وضع تحت ضغوط خاصة ولفترة كافية ، وعندها فإن الوُهَامات (الضلالات) تتكشف ، إلا أنها سرعان ما تختفي إذا ما ذهبت الضغوط ولا يبقى إلا التبلد وفقد الإرادة .

ثانياً ـ الأنواع الأخرى

1 ـ الفُصَام البادري

prodromal schizophrernia

يختلف الباحثون في أحقية هذا النوع في التشخيص باعتباره فُصَاماً فعلاً ، والدليل المصري هو من الأنظمة التشخيصية النادرة التي تعترف بهذا التشخيص ، وهذا النوع يتصف بما يشير إلى احتمال بدايات الفُصَام دون وجود أعراض صريحة تدل على التَّفَكُّك أو تهاد بالتدهور ، ومن أهم أعراضه التوقف الفجائي عن الإنجاز السابق لفرد ما دون وجود اكتئاب أو أسباب في المحيط من حوله تبرر هذا الوقف ، وكذلك ظهور إحساس بتغير مفاجئ في الذات ، ونوع العلاقات ، وتظهر أعراض الغربة عن الواقع أو تبدّل إدراك الواقع وتبدُّد الذات ، كما يصحب ذلك درجة من التحريف وسوء التأويل الذي لا يصل إلى درجة الوُهَامات (الضلالات) .

وهذا النوع قد يسمّى أحياناً الفُصَام العُصابي على أساس أن الأعراض أشبه بالأعراض العُصابية دون الذُّهانية ، لكن الفُصام العُصابي هو نوع من الحل الوسط الذي يظهر في شكل أعراض عْصابية

غيـر نموذجية يمكن أن نلمح وراءها عـلامات التَّفَكُّك الكامن والذي نجـحت الأعراض العُصَـابية في إخفائه .

2 ـ الفُصَام الحاد غير المتميـــز

aucte undifferentiated schizophrenia

يحدث أحيانـاً أن تبدأ أعراض الفُصَام بشكل حاد وشـديد دون أن تكون هذه الحدّة جزءاً من نوبة هياج جامودي أو بشكل هيـاج فوق مسار نوع آخر من أنواع الفُصَام المزمن . وبما أن الفُصَـام بطبيعته مرض مزمن ، فـقد تحفَّظ كثير من العلمـاء ضد هذا التشخيص ، ونسـتثني من ذلك الدليل المصري العربي ، لذلك نوجز علاماته فيما يلي :

هو نوبة حادة تعلن بظهـور الأعراض التفككية والانسـحابية للفُصَـام ، وما يصحبـها من تخليط confusion ، وهياج ووُهامـات (ضلالات) أولية في الـعادة ، ولا يكون الوعي فيـها مخـتلاً أو غائماً، وقد تستـمر هذه النوبة لمدة أسبوعين أو أكثر ، إلى أن تختفي تماماً فـيما ندر ، أو أن تتحول إلى نوع آخر من الأنواع المزمنة التي ســبق وصفها ، أو إلى غيرها ، وفي هذه الحالة لابد أن تسمّى باسم النوع الذي صارت إليه .

3 ـ الفُصَام المزمن غير المتميز

hronic undifferenatiated schizophreania

كثيراً ما نتبين نوعاً من الفُصَام يقع بين النوع المتفكّك والنوع الزوري (البارانوي) ، فلا هو شديد التفكك حتى يسـمى فُصَاماً فنديا ، ولا هو جمّ التمـاسك حتى نعتبره فُـصَاماً زورياً (بارانويدياً) ، فيطلـــق على هذا النوع الحَدِّي « بين بين » الفــصام المزمن غير المتميز .

على أن بعض الباحـثين يجعل هذا الصنف يشـمل الأنواع الأخرى التي لا يمكن تحـديدها تماماً ، وكأنه السلّة التي يجمع فيها « ما ليس كذلك » ، وهذا ليس موقفاً مفيداً عادة .

وفي هذا النوع يمكن أن نسـتنتج كيـف سنجد درجـة من أعراض التـفكك مثل عـدم الاضطراب الجوهري للفكر ، وعدم تـوافق الوجدان ، ولكن درجة أقل مما شرحناه مع الفُـصَام الفندي ، كذلك نجد الوُهَامات (الضلالات) أقل من آن تكون بشـكل منظومـة كما هو الحال في الفصـــــام الزوري (البارانويدي) وأكثر تماسكاً من الفُصَام الجامودي .

4 ـ الفُصَام الوجداني (العَاطِفي)

schizo-affective schizophrenia

أحيانا نقابل حالات من الفُصَام مختلطة ومتداخلة تماماً مع اضطرابات وجدانية أكيدة مثل الاكتئاب أو الهَوَس بوجه خاص ، وهذه الحالات قد تأخذ طابع الدورية ، وقد تختفي النوبة دون أن تترك أثراً

سلبياً في الشخصية بشكل أو بآخر ، ويسمى هذا النوع الفُصَام الوجداني ، وقد يسمّى باسم الوجدان الغالب ، فنجد فئة فرعية تحت اسم الفُصَام الوجداني الاكتئابي ، أو الفُصَام الوجداني المختلط بين الهَوَس والاكتئاب حيث نجد في هذه الحالة كلا من أعراض الهَوَس والاكتئاب وقد اجتمعا أو تناوبا في سرعة فائقة .

5 ـ الفُصَام المتبقي

residual schizophrenia

حين تنتهي نوبات الحدّة ، أو بعد علاج متوسط النجاح ، قد يصل مسار المريض الفُصَامي إلى حالة لا هي بالشفاء ، ولا هي بالفُصَام الصريح الذي كان ، فتهمد الأعراض نسبياً ، وتتجمع الشخصية بدرجة ما ، وتعود العلاقة بالواقع بشكل هادئ وعادة على مستوى أدنى من التكيف .

وفي هذا النوع يظل التفاعل الوجداني (العاطفي) هامداً وإن كان ليس متبلداً تماماً ، وتظل الوُهَامات (الضلالات) موجودة لكنّها بعيدة وغير متداخلة في الحياة العادية ، وأحياناً يقال عنها أنها متحوصلة ، لكن الحوصلة قابلة للكسر في أي لحظة ، كما تبهت الهلاوس أو تختفي ، مع قيام المريض ببعض التكيف الاجتماعي والعمل المتواضع .

تشخيص الفُصَام والفحوص المناسبة

لا توجد وسائل تشخيصية محددة يمكن أن تحسم الأمر في مسألة تشخيص الفُصَام ، ذلك أن كل التغيرات الكيميائية والبيولوجية التي أشرنا إليها سابقاً ليست خاصة بمرض الفُصَام دون غيره ، كذلك فإن الاختبارات النفسية باختلاف أنواعها هي عوامل مساعدة وليست أدوات تشخيصية بديلة عن الفحص السريري (الإكلينيكي) .

وأحياناً قد يتم تشخيص الفُصَام بالطريق الراجع ، بمعنى أن الحالة التي لا تتحسن تحسناً ملحوظاً من نوبة الذُهَان الحادة ، أو الحالة التي تتدهور بانتظام رغم العلاج المبادر ، يقول عنها الطبيب بعد أن كان متجهاً إلى تشخيص آخر ، إنه قد ثبت أنها كانت فُصَاماً منذ البداية ، وهذا ما نعنيه بالتشخيص بالطريق الراجع retrograde diagnosis .

مـــآل الفُصَــام

prognosis

رغم أن الفُصَام مرض خطير وسيء السمعــة إلا أن هذا ليس قاعدة مطردة ، وهناك علامات تشير إلى مآل حسن في بعض الحالات كما أن هنك علامـات أخرى تدل على العكس . وبصفة عامة فإنه كلما بَعُدَ الفُصَام عن النمـوذج المطابق لما سبق أن أوردنا من أعـراض تقليدية محـددة تحسّن الموقف بالنسبــة للمآل ، وعلى النقيض من ذلك كلمــا تطابقت أعراض الفُصَــام وتاريخ الفُصَامي الشــخصي والعائلي مع الأعراض النموذجية لما هو فُصَام فإن المآل يكون أسوأ فأسوأ .

والجدول التالي يبين أهم العوامل الدالة على المآل الحسن والسيئ للفُصَام .

مآل الفُصَـــام

مآل حســن	مآل سيئ
البداية في سن متأخرة	البداية في سن مبكرة (أوائل المراهقة)
البداية الحادة	البداية المتدرجة
المسار الدوري	المسار المتقتر و المستمر
الشــخصــية قـبل المرض ناجـحه ودافـئه عــاطفيــا واجتماعيا	الشخصية قبل المرض هشة ومنغلقة وحساسة ومنعزلة
ارتفاع نسبة الذكاء الذي استعمل في إنجازات واقعية	انخفــاض نسبــة الذكاء أو توجيـهه إلى التـحوصل على الذات بمكاسب ذاتوية مطلـقة ، تســاعد على إلغــاء الآخر
وجـود ســوابق (تاريخ عــائـلي) سـليم أو فـــيــه اضطرابات عاطفــية (دورية)	وجود ســوابق (تاريخ عائلى) حافل وخاصــة بحالات فُـصَــام ، تدهورات أو اضطرابات شـخـصيــة لهــا مضاعفات حسيمة
وجود عامل مُرَسِّب واضح هو الذي أظهر المرض	عدم وجود عامل مرسِّب precipitating (المرض ظهر هكذا فقط)
وجود علامـــــات وأعراض إيجابية مثل الوَهَامات (الضلالات) الزورية	وجود عــلامات وأعــراض سلبية مـثل ضحــالة الوجدان وفقد الإرادة
عدم نموذجية أعراض الفُصَام تماماً	نموذجية الأعراض
الاحتفاظ بدرجة مناسبة من التفاعل الوجدانـــــي (العاطفي)	فقد المشاعر واختفاء التعاطف الوجداني
وجود دعم أسري محـصَّن وموفر للحنان في نفس الوقت	الافتـقار إلى جوّ أسري (واجـتماعي) حازم ومـسامح ومحتمل معاً
العلاج المبكر	التأخر في بداية العلاج
العـلاج التـأهيلي المتكامل والمركّـز على اسـتعـادة العلاقة بالواقع وليس مجرد اختفاء الأعراض	العلاج أحادي الشكل مثل الاقتـصار على العلاج بالحقن طويلة المدى دون تأهيل ، أو مـثل الاكتفـاء بالعلاج النفسي العميق دون الأدوية المناسبة .

مُعَالَجَة الفُصَــام

أولاً ـ المعالجـة الوقائيــة

ويشمل العـمل على تجنب زواج الأقارب في العائلات التي فيـها سوابق عائليـة (تاريخ إصابة) إيجابية شديدة ، كـذلك النصح بالإقلال من فرص الإنجاب عند الفُصَامـيين ، هذا إذا أنجبوا أصلاً ، وأيضاً العناية بدرجـة مناسبة من التـماسك الأسري ، ووضـوح المعاملة ، وسلامـة الرعاية ، ودفء العواطف ، ومرونة الحوار .

ثانياً ـ التخطيط العلاجي

لا يوجد في الطب النفـسي عامة ، وللفُـصَام بدرجة خـاصة أية أدوية سحـرية يمكن أن تصحِّح الاضطراب الكيميائي المحدد الذي يمكن أن يعتبر مسؤولاً عن ظهور المرض .

لذلك فإن مـعالجة أي مريض فُـصَامي هو تخطيط شامل وعـلاجات متداخلة مـتكاملة في حدود فرص الواقع المتاحة .

وفيما يلي بعض معالم الخطة العلاجية :

1 ـ الهدف من المعالجة هو ضبط النوبة الحادة بأسرع ما يمكن .

2 ـ الحد من التعود على المرض وظهور المضاعفات .

3 ـ التغلب على الإعاقة ، وإزالة الأعراض وخـاصة تلك التي تمثل خطراً على المريض أو المجتمع ، وإعادة تأهيل المريض الفُصَامي .

4 ـ الحد من النكسات سواء بتقليل فرص حدوثها أم بتحوير نوعها أم بتقليل مدّتها .

5 ـ التأهل لتعليم طريقة أخرى للتواجد في الحياة كما هي ، مع الآخرين كما هم .

وتشمل الخطة العـلاجية استعـمال مختلف الوسـائل العلاجية من فـهم وتعاطف وتمريض وأدوية وجلسات تنظيم إيقاع المخ ، كل ذلك بجرعات مناسبة وتوقيت دقيق .

ثالثاً ـ المعالجة الكيميائية

1 ـ وتشمل مـضادات الذُّهان مثل أدوية الفـينوثيازين مثل اللارجاكتيل وتبلغ جرعـته من ألف إلى ثلاثة آلاف ميلي غرام يومياً أو عقــار البيتيروفينون من عشرة إلى أربعين ميلي غــرام يومياً . (وهذه مجرد أمثلة ، لا تغني عن التفصيل في المعالجة) .

2 ـ يمكن إعطاء هذه الأدوية ومكافئاتها في شكل حقن ذات مفعول طويل المدى ، وذلك بالنسبة للحالات التي ترفض أو تنسى أو تقاوم العلاج بالفم ، وكذا بالنسبة لبعض الحالات المزمنة التي تحمل بعض المخاطر والتي لا توجد لديها فرص للتأهيل والعلاج المتكامل .

3 ـ لابد من ملاحظة آثار هذه الأدوية وأعراضها الجانبية والحذر من الحماس في ضبط الأعراض الإيجابية الظاهرة خشية أن يحل محلها أعراض سلبية فضلاً عن المضاعفات الممكنة للجهاز العصبي والحركي والعاطفي معاً .

4 ـ من الممكن اتباع طريقة الحرجلة (نعطي ونوقف ، ثم نعطي ونوقف بضوابط حسب الاستجابة) في إعطاء هذه الأدوية لتجنب كثير من المضاعفات .

5 ـ في الحالات الحادة والتي تعاني من اضطرابات النوم خاصة يمكن في البداية إضافة جرعات محدودة من المهدئات الخفيفة أو المنومات .

6 ـ في الحالات الدورية والمصاحبة بنوبات نزوية يمكن إضافة بعض مضادات الصرع ، لا باعتبارها حالات صرعية ، وإنما لثبات مفعول بعض هذه المضادات كعامل مساعد نحو الرجوع إلى التوازن البيوكيميائي والسلوكي .

رابعاً ـ المعالجة بالكهرباء

مازال هذا العلاج يمثل إنجازاً من أعظم الإنجازات التي حققها الطب النفسي في تاريخه ، والمريض الفُصَامي يمكن أن يستفيد من هذا العلاج إذا أحسن توقيته ، وضبط استعماله مع سائر المعالجات الأخرى . ومن الخطوط العامة والملاحظات التي يحسن تذكرها في شأن هذا العلاج ما يلي :

1 ـ إن هذه المعالجة تطبق في الحالات المصاحبة بدرجة واضحة من الاضطرابات الوجدانية وخاصّة الاكتئاب .

2 ـ قد تُفيد هذه المعالجة في حالة الجامود catatonia جنباً إلى جنب مع المهدئات الكبرى .

3 ـ تطبق هذه المعالجة بفاعلية أكبر في الحالات ذات الطابع الدوري .

4 ـ تطبق هذه المعالجة في الحالات غير المتدهورة ، ومع الأعراض الإيجابية النشطة مثل الوُهَامات (الضلالات) والهلوسات النشطة .

5 ـ نلاحظ أفضل النتائج إذا طبقت هذه المعالجة بجرعات محدودة (أربع إلى سته) لدفع وقفة تعترض مسير الخطة العلاجية ، وبعد تحضير مناسب بالأدوية المهدئة الكبرى وبعد إرساء علاقة علاجية هادفة على أرض الواقع بالتوجه إلى بدايات العودة إلى فاعلية العمل اليومي المنتظم .

6 ـ لم تعد تصـلح تسميـة هذه المعالجـة بمعالجة الصـدمة الكهـربية electro-shock ولا بالمعالجة بالتخليـج الكهربي (electro convulsive therapy (E.C.T حيث أنه لا يحـدث صدمة ، كما أن الاختلاجات لم تعـد كما يتصوّرها العامة بعد استعمـال المخدر العام ومرخي العضلات مع هذا العلاج ، وقـد اقترح لهذا العـلاج اسم مناسب لغرض طبيعـة عمله لاستعـادة التوازن المناسب لإيقاع المخ ، وهذا الاسم هو معـالجة مُزَامِنة لإيقاع الدماغ brain synchronizing therapy (B.S.T.) .

خامساً ـ المعالجـــة النفســية

من حيث أن كل علاقة علاجية حقيقيـة تشمل المعالجة النفسية ، فإن ذلك يعني أن مريض الفُصَام لا يحرم ضمناً مما هو بالنسبة للمفهوم التقليدي معالجة نفسية ، وينبغي أن نراعي في ذلك :

1 ـ إن المعالجة النفسية بالمعنى الذي يشيع عن التحليل النفسي بما فيه ما يسمى التداعي الحر لا يفيد ، بل قد يضر .

2 ـ إن المعالجة النفسية تركيبية تربيـطية ، لا تفكيكية تحليلية ، أي أنها تُهدف إلى إعادة تركيب أجزاء النفس المتناثرة وتربيطها في وحـده إنسانية فاعلة ، ولا ترمي إلى تفكيكهـا أكثر لفحص عمـقها وجوهرها .

3 ـ إن الدعم النفسي يصاحب التأهيل والعلاج الكيميائي والكهربي معظم الوقت .

4 ـ إن المعالجة النفسية الدؤوب قد تصل إلى نتائج مناسبة مع المعالجة الدوائية والتأهيل .

5 ـ يقال إن بعض أنواع المعالجـة النفسية العميقـة والمكثفة تأتي بنتائج مفيـدة جداً في بعض الحالات المنتقاة ، إلا أنه ينبـغي تذكر أنه لا يصلح لمثل ذلك إلا حالات نادرة خاصـة ، وأن هذه المعالجة تستغرق وقتاً طويلاً وتكاليفها باهظة ولا يمكن تعميمها .

ســادســاً ـ المجتمع العلاجي

يعتبـر المجتمع العلاجي من أنسب أنواع العلاج للفُـصَامي ، حيث يتيح جواً من التـفاهم العملي المناسب ، والمشاركة ، كما يشمل المريض في جو عام منضبط مسامح في آن ، بما يحقق إجازة بديلة من المجتمع الأوسع ثم عـودة تدريجية ، بدلاً من الانسحاب تماماً من المجتـمع الخارجي الضاغط أو التسليم للانسحاق تحت شروطه . وفي المجتمع العلاجي تعطى معظم العلاجات ولكن بطريقة مناسبة للتكامل العلاجي .

سابعاً ـ المعالجة بالعمل work therapy والمعالجة بالنشاطات العلاجية

تساعد هذه المجموعة من المعالجات المريض النفسي في تجاوز وقفته والتغلب على انسحابه ، وفي استعادة تدريب قدراته ، والمشاركة مع آخرين في هدف مشترك ، والمقصود بالمعالجة بالعمل هو تنظيم جزء هام من وقت المريض لأداء عمل معيّن (يستحسن أن يكون في جماعة) له عائد واضح يضمن الاستمرار ، وينبغي أن ينظر إلى هذا العلاج على اعتبار أنه ليس مجرد ملء فراغ .

أما المعالجة بالنشاطات فيقصد بها الاهتمام بتنشيط كل القدرات الأخرى بشكل منتظم متناوب مع التهدئة الكيميائية وغيرها ، بحيث يستعيد الجسد نشاط إيقاعه ، وكذا يستعيد الوعي يقظة تواصله ، وهذا النشاط والتنشيط ليس مجرد رياضة بدنية أو تدعيم لياقة خاصة .

أما مفهوم العمل العلاجي ، فهو أن يكون العمل علاجاً تماماً مثل الأدوية أو المعالجة المزامنة لإيقاع الدماغ ، وهو يضبط بتوقيت وجرعات متزايدة ومتناقصة حسب الخطة العلاجية المتكاملة ، وهو يهدف أيضاً إلى إبلاغ المريض بقية الرسالة العلاجية التي تؤهله للفاعلية والتكيف في المجتمع .

ثامناً ـ المعالجة السلوكية والمعرفية

تفيد المعالجة السلوكية البسيطة في بعض الحالات المزمنة خاصّة ، ولاسيّما في تدعيم بعض أنواع السلوك العادية واللازمة للعودة إلى العناية بالذات والتكيف مع المجتمع .

أما المعالجة المعرفية فهي تساعد تماماً في إعادة تنظيم اللغة من جهة استعادتها لأداء نشاطها التواصلي ، كما تساعد في تربيط تشتت التفكير وتجاوز اضطرابه الجوهري .

تاسعاً ـ التأهيل

يعتبر التأهيل هو العلاج الأول لحالات الفُصَام التي أزمنت وانسحبت وكادت قدراتها تضمر لعدم الاستعمال ، ويشمل التأهيل عادة المبادئ الأساسية لكل العلاجات السابقة ، وكذلك يواكب استعمال بعض هذه العلاجات المناسبة بالجرعة المناسبة وللفترة اللازمة أثناء التأهيل .

عاشراً ـ المعالجة مع الأسرة والمعالجة مع المجتمع

يعتبر كل من المجتمع والأسرة من المتغيرات الهامة في استمرار بقاء مرض الفُصَام ، وما لم تنتبه إلى قلب دورهم ـ إن كان سلبياً ـ ومشاركتهم في تدعيم كل الأهداف السابقة لما هو معالجة الفُصَامي قد يعاق التقدم نحو الشفاء ، ويتأكد هذا بشكل خاص في العالم العربي خاصّة حيث تمثل الأسرة (والمجتمع) عاملاً شديد التداخل في الصحة والمرض .

متــلازمات سريرية (إكلينيكية) ذُهَانية أخرى

1 ـ اضطرابات الفُصَام الوجداني (العاطفي)

schizo-affective disorders

بعض الحالات قد تجمع بـين أعراض الاضطرابات الوجدانية (العاطفيـة) وبعض أعراض الفُصَام بدرجة يصعب تصنيفهـا إلى أي منهما ، لذلك فقد صنفت في فئة مسـتقلة تسمى اضطرابات الفُصَام الوجداني (العاطفي) .

بالرغم من أن معظم التصنيفات العالمية قـد اختلفت في تصنيف الفُصَام الوجداني (العاطفي) . فالبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الفصـــام والبعض قد صنف تحت فئة اضطرابات الوجـــدان (العاطفة) . ولكن المراجعة العـاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 للاضطرابات النفسية قد صنفته تحت فئة الاضطرابات الذُهَانيـة وليس تحت الفُصَام ، كـما كان يتبـع في المراجعة التاسـعة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-9 ـ للاضطرابات النفسية .

وبائيــات المرض

لم تحدد وبائيات الفُـصَام الوجداني (العاطفي) في صـورته الحالية بدرجة كـافية ، ولكن بعض النتائج تحدد وقوع المرض 5% إلى 8% أي بمتوسط 7% .

أسـباب مرض الفُصَام الوجداني (العاطفي)

حتى الآن لا نستطيع الجـزم بالسبب الرئيسي لحدوث الفُصَام الوجـداني (العاطفي) وهناك أربعة تفسيرات لحدوث المرض تتلخص في :

1 ـ إما أن يكون نوعاً من أنواع الفُصَام أو الاضطراب الوجداني (العاطفي) .

2 ـ أو أن يكون ممثلاً لكل من الفُصَام والاضطراب الوجداني (العاطفي) .

3 ـ أن يكون فئة منفصلة تماماً ومختلفة عن كل من الفُصَام واضطرابات الوجدان (العاطفة) .

4 ـ قد يمثل مجموعة ائتلافية أو غير متجانسة تجمع الاحتمالات السابقة .

وهذا هو الرأي المرجـــح في الفترة الحالية ، فبعض الحالات تضــــاف فيها الأعراض الوجدانية (العاطفية) إلى مرض فُـصَامي بصورة واضحة ، البعض الآخر تضاف فيهـا الأعراض الفُصَامية إلى اضطراب وجداني (عاطفي) ســـابق ـ ولكن لا يجب اســـتخـدام تشخيص الفُصَام الوجداني

(العاطفي) إلا عندما يكون كل من الأعراض الوجدانية (العاطفيــة) والأعراض الفُصَامية متساويين في الوضوح في نفس النوبة .

الأعــراض السريرية (الإكلينيكية)

حسب المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD 10 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكية ، تتبــع الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض إحدى الصور التالية :

1 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني هَوَسي .

2 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني اكتئابي .

3 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني مختلط (هَوَسي ـ اكتئابي) .

4 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني آخر غير محدد .

5 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني آخر غير مصنف .

1 ـ اضطـراب فُصَاميّ وجداني هَوَسي

وهذه تجمع الصورة الســــــريرية (الإكلينيكية) بين كل من أعراض الفـــصام مثل الوُهَامات (الضلالات) راضطهاد العظمة وبالإضافة إلى بعض أعراض الفُـصَــام الأساســية (النموذجة) كاضطراب التفكير وخـاصة إذاعة الأفكار أو التدخل في التفكير أو التحكم الخـارجي في التفكير وقد توجد بعض الأصوات التي يسمعها المريض من مختلف أنواعها ، ويجب أن يوجد بشكل واضح في نفــس الوقت زيادة في المـزاج وزيادة في الابتهـاج وارتفـاع في تقدير الـذات مع زيادة واضحـة في النشاط .

2 ـ اضطراب فُصَاميّ وجداني اكتئابي

وهنا تجمع الصورة السريرية (الإكلينيكية) كل من أعراض الفُصَام (السابقة) وأعراض الاكتئاب الواضحة مثل (فقدان الشهية واضطرابات النوم وهبـوط في الطاقة الحركية وبطء في التفكير والشعور بالذنب مع بعض الأفكار الانتحارية) .

3 ـ الاضطراب الفُصَاميّ الوجداني (العاطفي) المختلط

وهنا يوجد كل من الأعراض الفُصَاميــة متواكبـــة في نفس الوقت مع أعراض اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب مختلط .

5/4 ـ اضطراب الفُصَام الوجداني الآخر وغير المُصنَّف

حيث توجد الأعراض الفُصَامية ولكن لا تستوفي معايير تشخيص الفُصَام أو الهَوَس أو الاكتئاب .

مآل ومعايير اضطراب الفُصَام الوجداني (العاطفي)

تختلف درجة التحسن حسب الصورة السريرية (الإكلينيكية) للمرض ، والنتائج المتاحة قد أوضحت ما يلي :

1 ـ مآل مرض الفُصَام الوجداني الهَوَسي يشابه إلى حد كبير مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

2 ـ مآل مرض الفُصَام الوجداني الاكتئابي ـ يشابه إلى حد كبير مآل مرض الفُصَام .

توجد بعض العوامل التي تضيء الطريق لتحديد مآل المرض .

(أ) الشخصية : يتحسن المريض ذو الشخصية السوية قبل بدء المرض ، وتقل نسبة التحسن كلما كان المريض يعاني من بعض الاضطرابات في الشخصية .

(ب) بدء المرض : ترتفع نسبة الشفاء في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض فجأة ، وتقل في المرضى الذين يبدأ عندهم المرض تدريجياً .

(ج) العوامل الحافزة على المرض : نسبة الشفاء تزيد عندما توجد هذه العوامل الحافزة على المرض في البيئة المحيطة ، أما هؤلاء الذين يظهر عليهم دون مسببات بيئية فتكون نسبة الشفاء أقل ، لأن ذلك يرجح العامل الوراثي أو البيولوجي بدرجة كبيرة .

(د) الأعراض السريرية (الإكلينيكية) : يسوء مآل المرض حسب نوع الأعراض الفُصَامية وخاصة السوابق العائلية (الأعراض السلبية) .

(هـ) التاريخ العائلي (السوابق العائلية) : وجود تاريخ عائلي للفُصَام يعتبر مؤشراً لسوء المآل ، وعلى العكس إن وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للفُصَام الوجداني (العاطفي) أو اضطرابات الوجدان (العاطفة) تعتبر مؤشراً على ارتفاع نسبة التحسن .

ملحوظة : وجود أعراض فُصَامية أساسية أو نموذجية من المرتبة الأولى من أعراض شنايدر لا يؤثر على مسار المرض .

التشـخيص التفريقي

1 ـ الأمراض العضوية : مثل أمراض الجهاز العصبي وتصلب شرايين المخ أو التهاب السحايا أو بعض أنواع الصرع مثل صرع الفص الصدغي .

قد تظهر في هذه الامراض إلى جانب الصورة السريرية (الإكلينيكية) ، المميزة لها بعض أعراض الفُصَـام الوجداني (العاطفي) ، وهنا تجب التفـرقة حيث نجد بعض الـعلامات المصاحبـة للأمراض العضوية مع زيادة في تشوش الوعي وضعف في القدرات العقلية والذاكرة والانتباه . وذلك بالإضافة إلى استعمال بعض الاستقصاءات المساعدة مثل تخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحوسب .

2 ـ الفُصَام الوجـداني (العاطفي) العضوي : قد ينتج عن تعـاطي بعض الأدوية ـ مثل الكورتيزون والأمفيتامين ـ أو الأدوية التي تؤدي إلى الهلوسة مثل عقار الهلوسة (L.S.D.) . وهنا فالتفرقة تتضح من تاريخ المرض ، وكذلك سرعة دخول المرض وبعض التشوش في الوعي .

3 ـ كذلك يجب التفرقة بين كل الأسباب المؤدية إلى الفصـام أو الاضطرابات الوجدانية (العاطفية) (كما سبق ذكرها) .

المعالجـة

1 ـ الإدخال إلى المستشفى .

2 ـ المعالجة الدوائية ـ وتستعمل مضادات الذُهَان مثل معالجة الفُصَام.

3 ـ يعطى مرضـى اضطراب الفُصَام الوجداني (العاطفي) الهَـوَسي الليثيوم أو الكاربازيبام للوقاية من النكسات .

4 ـ قد يعطى مرضى اضطراب الفُصَـام الوجداني (العاطفي) الاكتئابي مضادات الاكـتئاب بالإضافة إلى الجلسات الكهربائية .

2 ـ الاضطراب الوُهَامّي (الضلالي) المشترك

هذا النوع من الاضطراب الوُهَامّي (الضلالي) يعتبر نادراً إلى حد مـا . وفيه يشـترك شخصان تربطهما علاقة عـاطفية وثيقة ، وفي هذ الحالة يكون الشخص المهيـمن مسيطراً على الشخص الآخر الذي ينقل إليه الوُهَامـات (الضلالات) وهو عادة ما يكون معتمـداً على الشـخص الأول (المريض الأصلي) .

وتنتقل الاعتقادات الوُهَامية (الضلالية) حينما تكون العلاقة بين الشخصين وثيقة بشكل مبالغ ، وخاصة إذا كانوا في عزلة عن الآخرين إما بسبب اختلاف اللغة أو الثقافة .

السمات السريرية (الإكلينيكية)

1 ـ تقاسم شخصين (أو أكثر) نفس الوُهَامات (الضلالات) بحيث يؤيد أحدهما الآخر .

2 ـ وجود علاقة وروابط وثيقة بينهما .

3 ـ وجود دليل زمني بأن هذه الوُهَامات (الضلالات) قد انتقلت من الشخص المصاب إلى الشخص أو الأشخاص السلبيين من خلال تعاملهم مع الشخص المريض

4 ـ يجب استبعاد هذا التشخيص إذا كان الشخصان المقيمان معاً يعانيان من نوعين مختلفين من الوُهَامات (الضلالات) .

3 ـ اضطرابات الوُهَـام (الضلال)
delusion

هي اضطرابات ذُهَانية يكون العرض الرئيسي وربما الأوحد هو وجود وُهام (ضلال) مع عدم وجود أي دليل على إصابة المخ إصابة عضوية ، ويخلو صاحبها من أية أعراض وجدانية (عاطفية) كالتي تميز اضطرابات المزاج الكبرى ، ويتماشى مزاجه عادة مع محتوى الوُهَام (الضلال) ، أما عن محتوى الوُهَام (الضلال) فلا يكون شاذاً وغريباً مثل الفُصَام ، وتبقى شخصية المريض وتفكيره خارج موضوع الوُهَام (الضلال) متماسكة .

نبـذة تاريخيـة

كان كريستان هينروث 1810 أول من أطلق كلمة بارانويا على حالات من المرض النفسي ، تبعه أيسكيرول عام 1838 بالاسم مونومانيا أو الجنون الأحادي ليبين أن هذه الحالات الوُهَامية (الضلالية) تخلو من أي اضطراب في التفكير والسلوك وأنه غير شائع ، ثم كربلين 1921 والذي وصف حالات بأنها تبدأ بالتدريج وتتخذ مساراً مزمناً ، وميزها أيضاً عن الفُصَام بخلوها من الهلاوس والأعراض النفسية الأخرى وعدم تدهور الشخصية .

وفي التقسيمات الحديثة « المراجعة الثالثة للتصنيف الأمريكي المعدل والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 » فقد ضم اضطراب الوُهَام (الضلال) غير الزوري إلى هذه المجموعة مثل وُهَام (ضلال) العظمة والعشق والغيرة والجَسْدَنَة وغيرها .

الوبائيــات

تقدر نسبة انتـشار هذا النوع في الولايات المتحدة بـ 0,03% ، وهي أقل كثيـراً من نسبة الفُصَام (1%) واضطرابات المزاج (5%) وقد تكون النسـبة أكبر من ذلـك بكثير نظراً لأن غالبـية المرضى لا يلجـؤون للطب النفسـي إلا إذا اضطرهم الأهل والمحيطيـون إلى ذلك . ومتـوسط عمـر الإصابة بهذه الاضطرابات هو 40 سنة ولكن يتراوح ما بين 25-90 . وتصاب النساء أكثر قليلاً من الرجال ، كـما تزيد النسبـة نوعاً بين الفقـراء والمهاجرين . ويبـقى الكثير مـن المرضى مواظبين على عملهم رغم الإصابة بالوُهَام (الضلال) .

أســـباب المرض

مازالت الأسـباب الحقـيقيـة مجهـولة ، وهناك اعتقـاد عند البعض أنه نوع من أنواع الفُـصَام أو اضطرابات المزاج ولكن الدراسات الـوراثية لعائلات المرضى أثبـت أن اضطرابات الوُهَام (الضلال) مستقلة عن غيرها .

كمـا أنه بتتـبع الوُهَام (الضلال) ، على المدى البـعيد نجـد أنها لا تتحـول إلى أي من النوعين الآخرين ، وهذا ينفي الافتراض بأنه نوع مبكر مـن اضطرابات المزاج أو من الفُصَام . ويوجه للبحث وراء العوامل البيولوجية التي تركزت حول إصابة الجهاز الحُوْفي limbic والعقد القاعدية ، نظراً لأن الإصابة العضوية في هذين الجزئين من المخ تعطي أعراضاً شبيهة في مرضى المجموع العصبي ، ولكن لم توجد حتى الآن أية إصابة واضحة في مرضى اضطراب الُوُهَام (الضلال) .

ومن الأسباب النفسية والاجـتماعية يرجح بعض العلماء أن العزلة الاجتمـاعية وعدم تحقيق الذات وفرط الحساسية واللجوء إلى الحيل الدفاعـية الزائدة مثل الإسقاط والإنكار والمغالاة يساعد في تكوين الوُهَام (الضلال). وقد افـترض فرويد أن الشذوذ الجنسي الكامن في العـقل الباطن لهؤلاء المرضى يكون سبباً وراء هذا الاضطراب ، وعموماً ، فإن هؤلاء المرضى يتميزون في سوء الظن في العلاقات بين الناس ، وربما يكون هذا استمراراً لما أحسوا به في فتـرة النمو داخل أسرهم ، والتي تتميز أحياناً بأبٍ بعيد وقاسٍ وأم مفرطة في التحكم .

الأعــراض السريرية (الإكلينيكية)

يتميز هؤلاء المرضى بحـسن المظهر والأداء الطبيعي لواجباتهم اليوميـة ، وقد يبدو منهم ما يوحي بشكهم وتصرفهم ، فعند فحصهم قد يتعمـد المريض المشاكسة لإنهاء الحوار مع الطبيب ، أو قد يلجأ إلى إحراج الطبيب لأخذ موافقتـه الضمنية على الوُهَام (الضلال) ، ويجب الاحتراس من ذلك لأن هذا يضر بمسار العلاج فيما بعد .

ويتماشى مزاج المريض مع نوع الوُهَام (الضلال) ، ففي معتقدات العظمة يكون مبتهجاً ، وفي معتقدات الاضطهاد يكون مكتئباً أو حذراً ، ولا توجد في هؤلاء المرضى هلاوس واضحة أو مستمرة ، ونادراً ما تحدث بعض الهلاوس السمعية والمتماشية مع موضوع الوُهَام (الضلال) ، ولا توجد أي اضطرابات في التفكير ، غير أن المريض عند مناقشته في موضوع الوُهَام (الضلال) يكون مسهباً ويعنى بالتفاصيل ، ويمتلئ كلامه عندئذ بتفسيرات شخصية ، ويتميز الوُهَام (الضلال) عن غيره من الأمراض الذُهَانية بأنه أقرب إلى احتمالات الواقع .

ومن الضروري في تقييم حالات الوُهَام (الضلال) أن نقيِّم مدى قدرة المريض على التحكم في اندفاعاته ، وذلك بمعرفة تصرفه السابق إزاء وُهَاماته (ضلالاته) من ميل للعنف أو الانتحار أو ربما القتل ، وإذا كان تحكمه في السابق ضعيفاً فهذا يساعد الطبيب على فتح الحوار مع المريض بالعلاج ، وذلك لمساعدته في التحكم في اندفاعاته .

سير المرض ومآله

يبدأ المرض ببعض الأحداث الاجتماعية التي تخلق جواً من الشك ، ومعظم الحالات تبدأ بالتدريج ، وتزداد الشكوك المبدئية تعقيداً وإحكاماً ، وعلى المدى البعيد تختفي الوُهَامات (الضلالات) في 50% من الحالات ، وتخف حدتها في 20% من الحالات ، وتستمر كما هي في 30% من الحالات الباقية .

والتنبأ بالمآل الجيد يعتمد على وجود قدرة جيدة على ممارسة العمل والعلاقات الاجتماعية الجيدة ، والتأقلم مع ظروف الحياة ، والبداية الحادة وقصر مدة الاضطراب مع وجود عوامل مُرَسِّبة precipi-tating ، وفي المرضى من الإناث وقبل سن الثلاثين فإن وُهَامات (ضلالات) الاضطهاد والعشق والجسدنة يكون مآلها أحسن من الغيرة والعظمة .

التشخيص

لاضطراب الوُهَام (الضلال) نوعان رئيسيان :

1 ـ **اضطرابات الوُهَام (الضلال) الحادة :** وتحدث في فترة تمتد أسبوعين ما بين انتقال المريض من الحالة الطبيعية إلى حالة الذُهَان الواضحة وحتى ثلاثة أشهر .

2 ـ **اضطرابات الوُهَام (الضلال) المستمر :** وهنا تستمر الوُهَامات (الضلالات) فترة لا تقل عن 3 أشهر .

وله أنواع أخرى وفق المضمون ، وهي مرتبة حسب شيوعها إلى خمسة أنواع هي :

(أ) الوُهَامات (الضلالات) الاصطناعية

ويكون المضمون بسيطاً أو معقداً في موضوع واحد أو موضوعات متشابكة ، مثل مؤامرات الغش والخداع والتجسس والمراقبة أو الإضرار بالسم أو الأدوية أو محاولة إعاقة الأهداف ، ويتخذ المريض من أحداث تافهة نواة يبني عليها قصة الوُهَام (الضلال) ، ويكون في العادة حانقاً غاضباً ، وقد يلجأ للعنف ضد من يتصورهم أعداءه .

(ب) وُهامات (ضلالات) الغيـرة

وفيها يتصور المريض من الجنسين أن الطرف الآخر غير مخلص له ، ويتخذ من أحداث تافهة مصدراً لشكوكه ، وقد يلجأ إلى تصرفات غير عادية ، كأن يصر على حبس زوجته بالمنزل أو تَتَبُّعها سراً أو يدير استجواباً مستمراً أو قد يلجأ للعنف .

(ج) وُهَامات (ضلالات) العظمة

وفيها يعتقد المريض أنه يمتلك موهبة فائقة أو بصيرة نافذة ، أو أنه قد وصل إلى اكتشاف هام ، أو أن له علاقة غير مرئية بشخصية هامة حية أو ميتة ، وقد تكون محتويات الوُهَام (الضلال) دينية ، وبعض هؤلاء ينجحون في أن يقودوا بعض الطوائف الدينية المتطرفة .

(د) وُهَامات (ضلالات) العشق

وهنا يعتقد الشخص أنه محبوب من أحد المشاهير أو الرؤساء من طبقة اجتماعية متميزة ، ويكون هذا الحب رومانسياً ملائكياً ، وقد يصاحب هذا الوُهَام (الضلال) محاولات للاتصال بالمحبوب عن طريق الخطابات أو الهاتف أو الهدايا أو الملازمة المستمرة ، ونادراً ما يبقي المريض هذا الوُهَام (الضلال) سراً ، وغالبية الحالات السريرية (الإكلينيكية) تكون من النساء ، ولكن الغالبية التي تعرض على الطب النفسي الشرعي (الجنائي) تكون من الرجال الذين يلجأون إلى العنف أحياناً لحماية وإنقاذ من يتصورون أنه يحبهم من مخاطر .

(هـ) الوُهَامات (الضلالات) الجسدية

وهنا قد يعتقد المريض أن الروائح الكريهة تنبعث من جسده (من جلده أو فمه أو شرجه أو مهبلها) ، أو أنه يعاني من حشرات تمرح على جلده أو داخله ، أو أنه يعاني من طفيليات غريبة ، أو أن أجزاء من جسمه مشوهة أو قبيحة ، أو أن هناك ما يتير في جسمه أو مشيته أنه شاذ ، أو أن أجزاء من جسده لا تعمل مثل القولون .

التشخيص التفريقي

يجب استبعاد الاضطرابات التالية :

1 ـ **أمراض المجموع العصبي العضوية** وخاصة التي تصيب منطقتي الجهاز الحوفي limbic والعقد القاعدية ، وهنا قد تظهر بعض الوُهَامات (الضلالات) . ولكن الفحص الباطني والعصبي مع إجراء الفحوص المختبرية (المعملية) والقياس النفسي مثل اختبار بندرجشنت واختبار وكسلر للذاكرة وتخطيط كهربية الدماغ أو التصوير المقطعي المحوسب تكون ذات أهمية في التفرقة .

2 ـ تفرق حالات **الهَذَيَان** بوجود تشوش في درجة الوعي يتموج مع وجود اضطراب في القدرات المعرفية .

3 ـ حالات **الخَرَف المبكرة** مثل مرض آلزهايمر قد تعطي صورة شبيهة ولكن القياسات النفسية للقدرات المعرفية تساعد في التشخيص .

4 ـ **هلاوس الكحول والمنبهات** مثل الأمفيتامين أو معاقرة الحشيش أو دواء إل ـ الدوبا L-dopa وكلها تحتاج إلى تحاليل خاصة .

5 ـ حالات **الادِّعاء والتَّصَنُّع** .

6 ـ أما حالات اضطراب **الفُصام واضطرابات المزاج الكبرى** فتفرقها بأن اضطراب الوُهَام (الضلال) يخلو من عوارض الفُصَام ، وأن الوُهَام (الضلال) فيه يكون غير شاذ . وأحياناً تتشابه ضلالات العظمة والعشق والبهجة التي تصحبها مع حالات المرح . وتتشابه حالات الاضطرابات الجسدية مع حالات الاكتئاب ، ولكن خلو المرض من أعراض الاضطراب المزاجي ومسار المرض يفرق هذه الحالات .

7 ـ أما **اضطراب الشخصية البارانوي (الزوري)** فيتميز بفرط الشكوك في كل شيء دون وجود وُهام (ضلال) محدد .

المعالجـة

يكون دخول المستشفى ضرورياً في الحالات التي يحتمل فيها الانتحار أو تظهر فيها الميول العدوانية ، أو تعرض العمل والعلاقات الأسرية للخطر والتمزق ، وأحياناً لعمل اختبارات تشخيصية ، وعلى الطبيب محاولة إقناع المريض بالدخول ، وقد يقبل المريض بالدخول للمستشفى رغم عدم اقتناعه بجدوى ذلك خوفاً من التعرض لمشاكل قانونية .

المعالجة الدوائية

قد تحتاج بعض الحالات الحادة إلى أحد المهدئات الكبرى عن طريق الحقن العضلي ، ولكن يفضل في الحالات المزمنة أن تعطى الأدوية بالفم ، وغالباً ما يرفض المرضى أخذ الدواء لأنهم يخشون حدوث أعراض جانبية ، وقد يدخلون هذه الآثار في نسيج وُهاماتهم (ضلالاتهم) .

ولذا يستحسن إيضاح العوارض الجانبية للمريض حتى لا تثار شكوكه ، ويستحب عدم البدء في وصف العلاج قبل أن تبنى مع المريض علاقة الألفة .

وإذا كان المريض قد عولج من قبل بالأدوية فإن أحسن مؤشر لاختيار الدواء الصحيح هو تاريخ سابق باستجابة حسنة لصنف معين ، ويستحسن البدء بجرعة بسيطة مثل دواء الهالوبريدول Haloperidol (1.5 ميلي غرام يومياً مثلاً) تزداد تدريجياً إلى جرعة معتدلة ، وإذا لم يستجب المريض في خلال ستة أسابيع تستعمل فصيلة أخرى من المهدئات الكبرى . والشائع في عدم الاستجابة للأدوية هو عدم مداومة المريض على العلاج ، وإذا لم يستجب المريض للمهدئات الكبرى فيجب إيقافها ، أما من يستجيبون فإن جرعة المداومة عادة تكون قليلة ، ولا يوجد دليل على أن مضادات الاكتئاب أو دواء الليثيوم Lithium أو الكربامازيين Carbamazepine لها فائدة في علاج اضطراب الوُهام (الضلال) .

المعالجة النفسية

المحور الرئيسي للمعالجة النفسية الناجحة هو بناء علاقة ثقة جيدة مع المريض ، والعلاج الفردي أجدى من العلاج الجماعي ، ويجب الحذر من موافقة المريض على وُهاماته (ضلالاته) ، كما يجب عدم تحديه ، وقد يستجيب المريض ويتعاون في العلاج عند استعداد المعالج لتقديم المعاونة في زيادة السيطرة على القلق والملل الذي يعاني منه المريض دون مواجهته بعلاج الوُهَام (الضلال) مباشرة .

ومن الضروري ألا يكون المعالج متردداً في طريقه ، ويجب أن تكون مواعيد المريض منتظمة قدر الاستطاعة بعيداً عن التدليل ، كما يجب أن لا يسخر الطبيب من وُهام (ضلال) المريض بأي تلميح أو إثارة ، ولكن قد يبين له أن انشغالة بهذا الفكر يجهده وينغص عليه حياته ، وحينما يبدأ المريض في التذبذب في وُهاماته (ضلالاته) يحاول المعالج تقوية اتصاله بالواقع وذلك باستنهاض همته نحو الشؤون الواقعية .

كما يجب إشراك أهل المريض في لحظة المعالجة دون أن يبدو على الطبيب أنه قد انحاز إلى جانب (الأعداء) ، وعلى أقارب المريض أن يعلموا أن سرية المريض محفوظة ، وأن ما يخص المريض سيناقش معهم في وجوده في وقت ما ، وبهذا فقد يساند الأهل الطبيب والمعالجة .

مآل المعالجة النفسية

المعالجـة النفسـية تفـترض أن علاقـة المعالج مع المريض تقـوى دفاعاته وتقـوي الأنا وتثبط دوافع المريض ، وبذلك يتمكـن المريض من التكيف رغم معتـقداته التي تبقى لمدة طويـلة ، ويتعلم المريض بهذا أن يميز المواقف التي تثير الوُهَام (الضلال) . والنتيجة الجيدة تعتمد على كفاءة المعالج ، ويظهر ذلك في تحسن التكيف الاجتماعي أكثر منه في اختفاء الوُهَام (الضلال) .

4 ـ اضطرابات ذُهَانية حادة عابرة

وهي تأخذ عدة صور سريرية (إكلينيكية) مختلفة ـ مثل :

1 ـ اضطراب ذُهَاني حاد متعدد الأشكال غير مترافق بأعراض فُصَام .

2 ـ اضطراب ذُهَاني حاد متعدد الصور مع أعراض فُصَام .

3 ـ اضطراب ذُهَاني حاد شبه فُصَامي .

4 ـ اضطرابات ذُهَانية حادة أخرى وُهامية (ضلالية) في الأغلب .

5 ـ اضطرابات ذُهَانية حادة وعابرة أخرى .

6 ـ اضطراب ذُهَاني حاد ومؤقت أو عابر ـ لم يتم تصيفه في مكان آخر .

5 ـ الاضطراب الفُصَامي الطابع
schizophreniform disorder

وهذا النوع من الاضطراب يتميز بوجود تصرفـات غير مألوفـة للمريض مع اضطراب واضح في التفكيـر والعواطف . قد تماثل إلى حـد ما صورة الفُـصَام ، ولكن لا توجد أعـراض فُصَاميـة مميزة ومتعددة في أي مرحلة ولكن عادة تأخذ الصورة بعض المواصفات التالية :

1 ـ وجود وجدان متجمِّد أو متحفِّظ .

2 ـ وجود بعض التغيرات في التصرفات أو المظهر بحيث يبدو غريباً أو شاذاً .

3 ـ فقر في المعاملات العاطفية مع الآخرين مع ميل للعزلة والانطواء الاجتماعي .

4 ـ معتقدات شاذة وغريبة مثل السحر والشعور بالقدرة على الهيمنة والتحكم في الأشياء المحيطة لا تتماشى مع المعتقدات السائدة في البيئة المحيطة .

5 ـ أفكار زَوَرِيَّة .

6 ـ اجترارات وسواسية بدون مقاومة داخلية ، غالباً ما يكون محتواها إما جنسي أو عدواني ، أوشعور بتشوه في الشكل العام للمريض .

7 ـ مشاعر إدراكية غير عادية مثل ـ اختلال الأدوات أو اختلال البيئة أو بعض الخداعات الحسية .

8 ـ غالباً ما يتصف التفكير بوجود غموض أو تفصيلات غير مطلوبة ، أو تعقيد أو تكرار ، ولكن دون فقدان للمعنى .

9 ـ نوبات عابرة من الاضطراب الذُهَاني قد تصاحبها هلاوس سمعية . وخداعات بصرية ، وأفكار شبه وُهامية (ضلالية) تحدث عادة بدون استثارة خارجية . ولا ينصح باستخدام هذا التشخيص على نطاقٍ واسع ، حيث أنه غير مميز وغير واضح وضوحاً تاماً عن الفُصَام البسيط أو الفُصَام الزوري ، وكذلك غير مميز عن اضطراب الشخصية شبه الفُصَامي أو الزَّوَرَاني ، لذلك يجب أن نوضح أنه يجب توافر أكثر من ثلاث أو أربع سمات من السمات المميزة المذكورة سابقاً بشكل مستمر أو نوبات لفترة لا تقل عن عامين ، ويجب ألا يكون المريض مستوفياً لشروط اضطراب الفُصَام ، كما أن وجود تاريخ إصابة بالفُصَام في أحد أقارب الدرجة الأولى للمريض يعطي وزناً إضافياً للتشخيص ولكنه ليس شرطاً مؤكداً .

10 ـ اضطرابات ذُهَانية غير عضوية .

11 ـ اضطراب ذُهَاني غير عضوي لم يتم تصنيفه في مكانٍ آخر .

اضطرابات المزاج mood والعاطفة (الوجدان affecti)

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذ الدكتور سالم نجم
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

وتشمل :

1 ـ نوبات الاكتئاب depression ،

2 ـ نوبات الهَوَس mania ،

3 ـ الاضطراب المزاجي الثنائي القطب bipolar mood disturbances (نوبات من الاكتئاب والهوس) ،

4 ـ اضطراب عسر المزاج dysthymia ،

5 ـ اضطراب المزاج النوبيّ epidosic .

أهم سمات اضطرابات المزاج

1 ـ **اضطراب أولي في المـزاج** وتنبع كل الأعراض الأخرى من هذا المزاج الذي إما أن يكون حزناً وأسى أو بشكل اكتئاب أو سعادة وتيه وتفخيم وهَوَس أو مرح .

2 ـ **دورات نوبية** من الاكتئاب إلى المرح يتخللها مراحل من المزاج السوي .

3 ـ **إمكانية الشفاء** في معظم الحالات

واضطرابات المزاج من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً ، إذ تتراوح نسبتها بين 4-7% بين مجموع السكان ، أي يوجد حوالي عشرة مليون مكتئب في العالم العربي ، ويجب أن نفرق بين الأعراض الاكتئابية وهي شائعة ، وقد بينت بعض دراسات المسح الوبائي أن هذه الأعراض منتشرة بنسبة 30-35% من السكان ، وبين الاكتئاب . والاكتئاب أحد أسباب الانتحار الهامة ، إذ أن

الإحصائيات تؤكد أن 50-70% من المتحررين في العالم يعانون من اضطراب اكتئابي ، وتنتشر حالات الاكتئاب بين الطبقات العليا في المجتمع ، والمهنيين ، والإناث ، وتكثر في الربيع وأوائل الصيف .

الأسباب

1 ـ **البيئة** : إن تراكم كروب الحياة ، والأحداث المختلفة تؤدي إلى ترسيب precipitate الاستعداد ، وينتشر اضطراب المزاج بين كبار السن ، وغير المتزوجين ولاسيما عند من يعاني من البطالة ، وعدم وجود الترابط وفقدان المساندة الاجتماعية في البيئة .

2 ـ **الوراثة** : تلعب الوراثة دوراً هاماً في اضطراب المزاج حيث يظهر في التوائم المتشابهة بنسبة 68% ، وفي الإخوة بنسبة 30% ، وإذا كان أحد الوالدين يعاني من الاكتئاب فالنسبة بين الأبناء حوالي 12% .

3 ـ **عوامل عضوية** : ينتشر هذا الاضطراب قبل الدورة الشهرية ، وفترات توقف الطمث وبعد الولادة ومع الوذمة المخاطية myxedema ، ومرض كوشينغ Cushing disease ، والمعالجة بالكورتيزون ، كذلك مع أمراض المراره ، والالتهاب الرئوي ، وأورام المخ ومع استعمال أدوية خفض الضغط مثل السيربازيل والميثيل دوبا وحبوب منع الحمل .

4 ـ **عوامل كيميائية** : وجد ترابط بين زيادة حساسية المستقبلات العصبية التالية للتشابك العصبي postsynaptic خاصة مستقبلات السيروتونين والدوبامين والنورأدرينالين وبين هذا الاضطراب ، وأن كمية هذه النواقل العصبية neurotransmitters تقل في التشابك العصبي synapsis ، وأن عمل الأدوية المضادة للاكتئاب هي زيادة كمية النواقل العصبية neurotransmitters في التشابك وخفض الحساسية في المستقبلات التالية للتشابك .

كذلك لوحظ زيادة في كمية الكورتيزون في الدم ، مما يتضح معه حدوث اضطراب في محور الوطاء hypothalamus ـ النخامية pituritary ـ الكظر adrenal .

الأعراض السريرية (الإكلينيكية) :

(أ) نوبة الاكتئاب depression

1 ـ **المزاج السوداوي** ويتميز بشدته صباحاً والتحسن مساء ، وأهم الأعراض الإرهاق والإعياء والتعب ، وعدم القدرة على مواصلة العمل ، وفقد الاهتمام بمباهج الحياة ، ويصبح المريض عندما يشتد الاضطراب عاجزاً ، يائساً مع خوف وسلبية ناحية الماضي والحاضر والمستقبل .

2 ـ أعراض نفسية : وأهمها الشكوى من أعراض بدنية مختلفة ، وآلام جسمية من الصداع إلى آلام الظهر ، إلى الاختناق ، والشعور بضغط على الصدر ، وآلام روماتزمية . وتشتد أيضاً هذه الأعراض صباحاً مع الاحساس بفقدان أهمية ما يعمله وما ينجزه ، والفشل والفقر والشعور بالذنب والتنقيب في الماضي لإيجاد سبب يفسر به إحساسه بالذنب والخطيئة .

وقد يعاني المريض من وُهَامات (ضلالات) الاضطهاد أو العدمية (أعضاء الجسم لا تعمل بكفاءة مثل الجهاز الهضمي توقف عن العمل ، الرئة متوقفة عن النفس ، القلب لا يدق ، المخ فارغ ...) ، وأحياناً هلاوس سمعية يغلب عليها الإهانة والسب والشعور بالذنب وتتماشى مع المزاج الاكتئابي ، وأحياناً يعاني المريض من أعراض تبدد الشخصية والغربة عن الواقع (تبدل إدراك الرافع) .

3 ـ أعراض سلوكية :

(أ) يعاني المريض من هبوط حركي شديد قد يصل إلى حد الغيبوبة الجامودية catationic coma ، أو هياج وكثرة حركة وتوتر شديد .

(ب) محاولات الانتحار وقد يصل معدل الانتحار في مرضى الاكتئاب إلى 15% .

(ج) الانعزال الاجتماعي ، وإهمال النظافة والبعد عن المجتمعات والعمل .

4 ـ أعراض فزيولوجية :

(أ) الأرق وخاصة اليقظة قبل الفجر بعكس القلق الذي يسبب صعوبة في بدء النوم .

(ب) فقد الشهية وفقد الوزن .

(ج) فقد القدرة الجنسية واضطراب الطمث .

(د) الإمساك .

ولا يظهر الاكتئاب بكل المتلازمات السابقة ، ولكنه يقتصر على بعضها ، فمن المعروف الآن أن هناك الاكتئاب المقنَّع أو الباسم ، الذي يغيب فيه المزاج الاكتئابي وتكثر فيه الشكاوى البدنية والفسيولوجية والإعياء ... وهكذا .

وكان المصطلح الذي يستعمل سابقاً هو الاضطراب السوداوي (melancholia) ، وهو اكتئاب شديد يظهر في السن المتأخرة ، وكذلك الاكتئاب الداخلي المنشأ والخارجي المنشأ (النفسي والاجتماعي) ، وقد دلت الأبحاث الحديثة من عدم جدوى هذه الأسماء .

ولا يُشخص الاكتئاب إلا إذا مرت فترة لا تقل عن أسبوعين في هذا المزاج السوداوي ، ويقسم الآن إلى خفيف ومتوسط ووخيم ، وذلك حسب شدة الأعراض ووجود الأعراض الذُهَانية .

(ب) نوبة الهَوَس mania

وهو مزاج يعاكس الاكتئاب ويتميز بالآتي :

1 ـ النشاط الزائد غير المثمر والذي لا يؤدي إلى هدف معين .

2 ـ ارتفاع المزاج ، والإحساس بالقوة والسيطرة والعظمة ، مع الاستهانة بالمجتمع ، ونقد وتحقير الآخرين ، وغياب اللياقة الاجتماعية ، والثقة المفرطة في الذات .

3 ـ كثرة الكلام والمجادلة والمشاجرة مع اختيار ألوان زاهية غير مناسبة في الملبس أو التبرج .

4 ـ تطاير الأفكار والقفز من موضوع إلى آخر مع تشتت الانتباه .

5 ـ وُهامات (ضلالات) القوة والعظمة والذكاء والقدرة .

6 ـ الأرق والإفراط في الأكل ، مع زيادة الرغبة الجنسية .

(ج) الاضطراب العاطفي (الوجداني) الثنائي القطب

Bipolar affective disorder نوبات الاكتئاب والهَوَس mania-depressive crisis

عندما تتناوب دورات الاكتئاب والهَوَس تسمى بثنائية القطب ، وهذا الاضطراب هو أكثر أنواع اضطراب المزاج شيوعاً ، ويحتاج هؤلاء المرضى لعلاج وقائي حتى تمنع نوبات الاكتئاب والهَوَس والتي تؤثر تأثيراً بالغاً على المريض والأسرة والعمل .

(د) اضطراب خلل (عسر) المزاج
dysthymia disorder

وكان يطلق عليه سابقاً الاكتئاب التفاعلي reactive depression ، ويتميز بمزاج اكتئابي مستمر لا تقل مدته عن سنتين ، ولا يتخللها مزاج سويّ إلا لمدة لا تزيد عن شهر ، وتتميز أعراضه بإحساس دائم بالقنوط واليأس والأسى والزهد ، وعدم التمتع بمباهج الحياة مع أعراض خفيفة من الأعراض السابق ذكرها في نوبة الاكتئاب .

(هـ) اضطراب المزاج النّوبيّ
episodic mood disordor

اعتبر هذا الكيان السريري (الإكلينيكي) اضطراباً بعد أن كان يصنف تحت اضطرابات الشخصية ، ويتميز بنوبات دورية من المزاج السوداوي الاكتئابي مع نوبات من السعادة والمرح ، ولا تصل شدة هذا الاضطراب للاضطراب الثنائي القطب ، ولكنه يستجيب للعلاج الوقائي الكيميائي .

مـــآل prognosis اضطرابات المـــزاج

تصير اضطرابات المزاج إلى مـآل مختلف حسب شخصيـة المريض ، والعامل الوراثي ، والعوامل النفسية والاجتماعيه المفجرة للنوبه ويمكن تلخيصها كالآتي :

1 ـ 10-15% من المرضى يعانون من نوبة واحدة أثناء حياتهم .

2 ـ 10-15% من المرضى يعانون من أعراض مستديمة طيلة الحياة بعد أول نوبة .

3 ـ 60-70% قـابلون للنكســات التي تخـتلف من نوبتين أو ثلاث إلى مـتكررة (أكثـر من ثلاث مرات) كل سنة .

4 ـ 15% ينجحون في الانتحـار ، ولذلك يعتبر الاكتئاب من الأمراض القاتلـة ، ويجب تشخيصه وعلاجه مبكراً لإنقاذ الحياة .

التشـــخيص التفريقـــي

يظهر في كثير من الأمراض العضوية أعراض الاكـتئاب والهَوَس ، ولذا يجب الحرص في استبعاد هذه الاضطرابات قبل تشخيص نوبة الهَوَس أو الاكتئاب :

1 ـ الذُهَان العضوي : خاصة زهري المجموع العصبي ، متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، تصلب الشرايين ، أورام المخ الأولية أو الثانوية ، سرطان البنكرياس والقولون .

2 ـ الفُصَام : ولكن يتضح هنا اضطراب التفكيـر وأنواع الوْهَامات (والضلالات) والهلاوس وعدم تناسب الوجدان .

3 ـ اضطرابات عُصَـابيـــة : يجب تفرقـة الاكتئـاب من اضطرابات القلق والاضطرابات التحـولية والاضطرابات التفارقيــــة (الانشقاقية) .

4 ـ أمراض أخرى ، الكحولية ، وإدمان المخدرات ، الوذمة المخاطية ، البلاغرا ... إلخ .

المعالجـــة

الإدخال في المســتشفى : ودواعيه هي نفسها الدواعي اللازمة للبدء بالجلســات الكهربائية المزامنة لإيقاع الدماغ :

1 ـ الرغبة الملحة للانتحار .

2 ـ الهبوط الحركي أو التوتر الشديد .

3 ـ رفض العلاج أو الطعام والشراب .

4 ـ الوُهَامات (الضلالات) القوية والشعور الشديد بالذنب .

5 ـ الأرق الحاد المستمر .

المعالجة النفسانية . خاصة المعالجة المعرفية العقلانية أو المعالجة النفسية عبر الشخصية والتي تناقش المشاكل الخاصة بالفرد .

المعالجة الكيميائية : (تناقش بالتفصيل في فصل العلاج)

الاكتئاب : مضادات الاكتئاب . تثمر مضادات الاكتئاب بشفاء الحالة في حوالي 60-70% من الحالات .

الهَوَس : مضادات الهَوَس (مثل هالوبريدول Holeperidol) .

ثنائي القطب : عقار الليثيوم Lithium ليصل في الدم بين 0.6 ميلي غرام ـ 1.2 ميلي غرام في اللتر .

عسر المزاج : علاج نفسي ـ مضادات الاكتئاب .

المزاج النوبي : علاج نفسي ـ مضادات الاكتئاب .

العلاج الكهربي لمُزامَنَةِ إيقاع الدماغ : يناقش بالتفصيل في فصل العلاج .

وجدوى الجلسات الكهربائية يتراوح من 80-90% شفاء من الاضطراب ، ويحتاج المريض من 4-8 جلسات بواقع مرتين اسبوعياً ، وتعطي حالياً تحت التخدير والأدوية المرخية للعضلات والأكسجين ، ولذلك لا يوجد لها مضاعفات إذا استعملت في يد خبيرة مع الاحتياطات اللازمة ، وعدم إعطائها في الحالات التي لا يحتاجها .

المعالجة الجراحية :

من النادر استعمال هذه المعالجة حالياً إلا في الحالات المزمنة الشديدة الانتحارية التي لم تستجب للمعالجة الكيميائية والكهربائية لمدة طويلة في شخصية سوية ، وهنا تقع الألياف الموصلة من الفص الجبهي إلى المهاد ، وتستعمل الآن طريقة جراحية تعتمد على التوجيه الفراغي (المجسم) خاصة في التلفيف الحزامي .

اضطـرابات المـزاج الكبـرى
major mood disturbances

الأستاذ الدكتور مصطفى كامل اسماعيل

نبذة تاريخية

يعود تاريخ وصف اضطرابات المزاج سواء بصورة الاكتئاب depression أو الهَوَس mania إلى عهود قديمة ترجع إلى سنوات قديمة قبل الميلاد ، فعلى سبيل المثال لا الحصر وصف بقراط سنة 400 ق.م. الهَوَس والسَّوْداوِيَّة كاضطراب عقلي ومزاجي ، وتلاه كورنيلوس سنة 30 ق.م. الذي اعتقد أن نوبة الاكتئاب سببها يرجع إلى تراكم العصارة السوداء ، وجاء الفرنسيون مثل جوليه فالريه وجوليه باليرجير سنة 1854 ليصفا حالات اكتئاب وضيق شديدين ولكنها كانت تتماثل للشفاء ، وجاءت سنة 1882 ليصف الألماني كارل كالبوم اضطراب المزاج الدَّوْرَوِي ومراحله التي تتمثل فيها اضطرابات المزاج الاكتئابي والمرح الزائد .

وأخيراً وليس آخراً بلور الألماني إميل كرابلن سنة 1899 المفاهيم المختلفة لاضطرابات المزاج ليصف الاضطراب الهَوَسي الاكتئابي والذي اشتمل وصفه على الكثير من العلامات والأعراض المميزة لذُهَان الاكتئاب والهَوَس .

وبائيــات المرض

تختلف وبائيات المرض ومعدلات حدوث الاضطرابات المزاجية تبعاً للأنماط المختلفة التي تتمثل بها اضطرابات المزاج ، فمثلاً إن معدلات الحدوث طوال الحياة للاكتئاب الأحادي القطب تصل إلى حوالي 6% ، بينما تمثل معدلات حدوث الاضطراب الوجداني الثنائي القطب حوالي 1% . ويؤثر على معدلات الحدوث عوامل مختلفة منها :

العمر : فمتوسط عمر الأفراد المعرضين للإصابة بالاكتئاب الأحادي القطب سن الأربعين ، بينما ينخفض هذا المتوسط إلى سن الثلاثين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

الجنس : والملاحظة العامة بغض النظر عن اعتبارات البيئة والثقافة هو حدوث الاكتئاب الأحادي القطب بمعدلات مضاعفة في الإناث ، وتتساوى معدلات الحدوث بين الجنسين في حالات الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، ولا يوجد اختلاف في نسبة الحدوث بين الصور المختلفة .

وتزداد معـدلات حالات الاكتـئاب بنوعيـه في الأشخاص المحـرومين من الروابط الاجتمــاعـية الوثيقة ، وكذلك بـين المطلقين والمنفصلين عنهم في المتزوجين ، وربما يكون الانفصال نتـيجة وليست سبـباً لظهـور المرض ، وخاصة مـرضى الاضطراب الثنائي القطب في سن مبكرة ، ممـا يسبب هدم الحياة الآسرية في تلك الحالات .

ويجدر الإشارة هنا إلى أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي لا يشكل عاملاً مميزاً لحالات الاكتئاب الأحادي القطب .

الأســـباب

لا نستطيع أن نعزو اضطرابات المزاج إلى أسباب مؤكدة وثابتة برغم التقدم البحثي الواسع ، ولكن مثل بقية الاضطرابات النفسية ، هناك عوامل ومسببات تميز هذا النوع من الاضطرابات مثل :

1 ـ العوامل البيولوجيــة

(أ) الأمـينات البيـولوجيـة : يعـتبـر النورابينفـرين والسيـروتونين من أهم الناقـلات العصـبيـة neurotransmitters التي يؤدي الاضطراب في مـعـدل تكوينها وتواجـدها أو الموازنة بين وجـودها وحسـاسية مـستـقبلاتهـا إلى الاضطرابات في المزاج ، وقد ثبـتت هذه الحقائق مـن خلال كثـير من الدراسات وبأساليب تقنية متقدمة جداً أجري فيها حساب نواتج وآثار عمليات الاستقلاب (الأيض) في السائل النخاعي مما يعكس مقدار وآثار نشاط هذه الناقلات .

(ب) الأحماض الأمينية (كناقلات عصبية) مثل الغابا GABA والبيبتيدات النشيطة المفعول مثل الفـازوبرسين والأفيـونات الداخليـة والتي لا يمكن إهمال دورها كـعامـل مسـبب سـواء بالزيادة أو النقصان .

(ج) الاتزان في إفراز الغـدد الصماء ذات العلاقـة الوثيقة بالجهـاز العصبي ، مثل إفـرازات الغدة الدرقية والغـدة الكظرية واتصالهما مع الغدة النخامـية ومنطقة الوطاء hypothalamus والذي يتأثر ويؤثر في الحالة المزاجية بصورة واضحة ، حيث أثبـتت الدراسات أن السبيل العصبي البيولوجي الذي يـبدأ بالغدد النخـامـية ومنطقـة الوطاء hypothalamus وينتـهي بالغدة الكظرية من أهم المـمرات البيولوجية الـتي يؤدي اختلال التوازن بين مكوناتها إلى الاضطرابات البيولوجيـة المساهمة في حدوث الاكتئاب والاضطراب الوجداني الثنائي القطب .

2 ـ العوامــل الوراثيــة

يلعب العامل الوراثي في اضطرابات المزاج الكبرى دوراً رئيسـياً وخاصة في الاضطراب الوجداني الثنائي القطب ، ويتضح من الدراسـات أن نسبة الإصابة بالمرض قـد تصل إلى حد أن حوالي 50%

من المرضى المصابين باضطراب وجداني ثنائي القطب يعاني فيها أحد الوالدين من اضطراب وجداني . أما إذا كان أحد الأباء يعاني من حالة اضطراب وجداني ثنائي القطب فإن حوالي 27% من أبنائه تكون لديهم الفرصة لحدوث اضطراب وجداني وإذا أصيب كلا الوالدين باضطراب وجداني ثنائي القطب فإن النسبة بين أطفالهما قد تتراوح بين 50 إلى 75% . أما عن نوع الجينات أو المورثات أو طريقتها فقد اختلفت الأبحاث ، ولكن تتفق معظمها على أن الجينات أو المورثات تكون سائدة سيادة غير كاملة التعبير مع وجود تداخل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية ، وتلعب العوامل البيئية دوراً رئيسياً في إظهار الاستعداد الوراثي .

وقد أظهرت بعض الدراسات الارتباط بين الاضطراب الوجداني الثنائي القطب والصبغي X . وقد أظهرت دراسات أخرى في بعض العائلات ارتباط الاضطراب الوجداني الثنائي القطب مع الصبغي 11 .

3 ـ العوامل النفسية

1 ـ أحداث الحياة وكرب البيئة

تعرضت أحداث الحياة وكرب البيئة لدراسات كثيرة ، وأهم ما وجد في هذا المجال فقد أحد الوالدين قبل سن الحادية عشر وفقد الزوج فيما بعد ، ولكن لم توجد علاقة لهذه العوامل مع الهَوَس .

2 ـ تركيب الشخصية في الفترة السابقة للمرض

لا توجد شخصية مميزة يصيبها الاكتئاب الأحادي القطب ، ولكن الشخصية تكون مهيئة للاضطراب الثنائي القطب فيما بعد .

3 ـ النظريات التحليلية

فسر كارل أبراهام الاكتئاب بأنه نتيجة عدم إشباع للمرحلة الفموية مع فقد الشَّبَق libido ، والذي ينتج عنه نكوص الأنا عن وظيفته الناضجة إلى بعض المراحل الأولية مثل المرحلة الفموية . أما فرويد فقد أشار بأنه عندما يصاب الأنا بفقدان عزيز أو خيبة أمل فإنه ينكص إلى حاجته الأولية مستعملاً حيلاً دفاعية لا شعورية مثل الإسقاط والإدماج والنكوص لإنقاص عواطفه تجاه موضوع الحب المفقود ، ويؤدي ذلك إلى أن يمتص المريض طاقته ويوجهها إلى ذاته ، وبهذا يتجه العنف والعدوان ناحية الأنا . أما بالنسبة لنوبات الهَوَس فقد كان يرى أن هذا الارتداد يؤدي إلى تعبير عن الحرية الطفولية وإطلاق العنان لكل الغرائز .

4 ـ نظريات التعلم وهي ترى أن إحساس العجز قد ينتج من خبرات سابقة ، ودليل هذه النظرية مبني على دراسة أثر التعلم في الحيوانات التي تتعرض لصدمات كهربائية مؤثرة لا يستطيع الحيوان تجنبها ، وبذلك فإن هذه النظرية تفتح مجال العلاج السلوكي لمرضى الاكتئاب .

5 ـ النظرية المعرفية وحسب هذه النظرية يعتبر الاكتئاب ناتجاً عن وجود سوء تفسير معرفي لدى المريض ، يؤدي إلى تكوين نظم فكرية سلبية من ناحية نظرته لذاته أو لخبراته المعاصرة أو نظرته للمستقبل .

من هنا يتركز العلاج السلوكي والمعرفي نحو تحديد وتصحيح استراتيجية التفكير وتعديل الأفكار السلبية مع إعادة تقييمها في الاتجاه الصحيح .

تصنيف اضطرابات المـــزاج

تبعاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (منظمة الصحة العالمية) :

1 ـ نوبة هَوَس

episode of mania

(أ) هَوَس خفيف hypomnia

(ب) هَوَس بدون أعراض ذُهانية without psychotic symptoms

(ج) هَوَس مع أعراض ذُهانية with psychotics symptoms

2 ـ اضطراب وجداني (عاطفي) ثنائي القطب

bipolar affective disorder

(أ) هَوَس خفيف الشدة (النوبة الحالية)

(ب) هَوَس بدون أعراض ذُهَانية (النوبة الحالية)

(ج) هَوَس مع أعراض ذُهَانية (النوبة الحالية)

(د) اكتئاب متوسط أو خفيف الشدة (النوبة الحالية)

1 ـ بدون أعراض جسدية

2 ـ مع أعراض جسدية

(هـ) اكتئاب شديد (النوبة الحالية)

1 ـ بدون أعراض ذُهَانية

2 ـ مع أعراض ذُهَانية

3 ـ نوبـــة اكتئابيـــة

episode of depression

1 ـ نوبة خفيفة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية

2 ـ نوبة متوسطة الشدة بدون أعراض جسدية أو مع أعراض جسدية

3 ـ نوبة شديدة بدون أعراض ذُهَانية أو مع آعراض ذُهَانية

4 ـ اضطراب اكتئابي متكرر

5 ـ اضطراب وجداني مستمر

1 ـ عسر المزاج

2 ـ المزاج النَّوبي

6 ـ اضطرابات مزاجية أو وجدانية أخرى

7 ـ اضطرابات وجدانية غير محددة

الأعـــراض السريرية (الإكلينيكية)

توجد صورتان أسـاسيتان لاضطراب المزاج أو الاضطراب الوجدانى (العاطفي) وهـي الاكتئاب والهَـوَس . وصورة الاكـتئـاب في مرض الاضطراب الوجـداني (العاطفـي) الثنائي القطب تكون متشـابهة إلى حد كبـير لما تكون عليه صورة الاكـتئاب في مرض الاضطراب الوجـداني (العاطفي) الأحادي القطب .

والأعراض عادة تزحف نحو المريض ببطء ، ولكنها في بعض الأحيـان قد تظهر فجأة بعد عوامل مثيرة في البيئة .

نوبـــة الاكتئاب

1 ـ الوصف العام أو المظهر الخارجي : يتميز مرض الاكتئاب بالهـبوط الحركي ، والشعور بالخمول الجسدي والذهني والذي قد يصل أحياناً إلى التخشـب الحركي ، وفيه يتوقف المريض عن الحركة والطعـام والكلام وقد يحـدث العكـس ويصبـح المريض في حالة شـديدة من الإثارة والتهـيج والاضطراب .

2 ـ المزاج : الاكتئاب هو أهم عرض وأوضح ظاهرة ، ورغم ذلك فإن حوالي 50% من المرضى قد يخفون إحساسهم بالاكتئاب فلا يظهر في تعبيراتهم ، ولكن غالباً ما يظهر في صورة اختلال في العمل أو في الحياة الاجتماعية .

3 ـ بعض الأعراض الفيزيولوَجية مثل :

(أ) اضطراب النوم والصعوبة في بداية النوم أو الاستيقاظ المبكر مع الشعور بالإرهاق والتعب .

(ب) فقدان الشهية مع فقدان واضح للوزن ، ويعتبر تحسن الشهية وزيادة الوزن من علامات التحسن وبداية الشفاء .

(ج) الإمساك .

(د) الضعف الجنسي واضطراب الطمث .

4 ـ الوظائف النفسية في مريض الاكتئاب

قد تتأثر إلى حد شديد وتأخذ عدة مظاهر كالآتي :

(أ) الوُهَامات (الضلالات) ـ من أكثرها شيوعاً في مرض الاكتئاب الوُهَامات (الضلالات) العدمية ، وتعني الإحساس بغياب أو فقدان وظائف أحد أعضاء الجسم ، وأحياناً تظهر وُهامات (ضلالات) اضطهادية تواكب محتوى التفكير ، فيها يشعر المريض بأنه يستحق ذلك .

(ب) الهلاوس ـ تظهر أحياناً مع مرض الاكتئاب بعض الهلاوس السمعية ونادراً البصرية ، وعادة يترافق محتواها مع محتوى التفكير الكئيب ، وفي هذه الحالة تسمى (هلاوس مطابقة للمزاج) أو تكون غير مطابقة لمحتوى التفكير السوداوي وهي ما تسمى (بهلاوس غير مطابقة للمزاج) .

(ج) التفكير ـ عادة ما يجد مريض الاكتئاب صعوبة في التفكير والتركيز وتغلب عليه النظرة السوداوية للأمور ، مع تضخيم للأمور البسيطة التي تتوافق مع مزاجه السوداوي .

ويتميز محتوى التفكير في الاكتئاب بالآتي :

- الإحساس المستمر بالذنب وبتأنيب الضمير .
- توهم العلل الجسمية والمرضية .
- الشعور بعدم الأهمية .
- الشعور بالدونية مع فقدان مباهج الحياة ، وتكوُّن اجترارات الأفكار المستمرة في الموت والانتحار أو الإحساس بالذنب .
- الوُهَامات (الضلالات) المطابقة للمزاج الاكتئابي مثل العدمية وغير المطابقة له مثل العظمة أو إدعاء الأهمية .

يظهر في بعض الأحيان عند مرضى الاكتئاب (حوالي 10%) اختلال شديد في التفكير مثل التوقف المفاجئ أو فقدان المحتوى والإطالة الغير موضوعية .

(د) اختلال الانتباه .

(هـ) كما يتأثر كلّ من التركيز والذاكرة ، وهنا يتميز مريض الاكتئاب بالبطء وعدم الانتباه وفقدان القدرة على التركيز ـ مع ضعف الاستجابات الانفعالية ، وقد تتأثر الذاكرة مع النسيان الشديد وربما العَتَه الكاذب ويصاحب ذلك تردد واضح في التفكير والسلوك .

(و) الانتحار والاندفاعية ، ويعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة على حياة المريض كما أن معدل حدوثه ذو أهمية يجب أن لا تهمل ، حيث أن حوالي 10%-15% من مرضى الاكتئاب قد ينجحون في محاولة الانتحار وإنهاء حياتهم رغم أن ثلث المرضى ينشغلون بفكرة الانتحار . وفي الحالات الاكتئابية الشديدة يمنع المريض من تنفيذ فكرة الانتحار فقدانه للطاقة وضعف العزيمة ، ويُخشى في هذه الحالات عند تحسن حالته من ناحية الطاقة والإرادة أن ينفذ فكرة الانتحار في توقيت لا يتوقعه الطبيب ، ولذا ينصح دائماً بعدم صرف كمية كبيرة من الدواء لهؤلاء المرضى مهما تحسنت حالتهم خوفاً من احتمال حدوث مثل هذا الانتحار النقيضي . أما عن قتل الغير فقد يحدث في مرضى الاكتئاب نتيجة وُهامات (ضلالات) متطابقة مع اكتئابه ، فيقتل فيما يتوهم أنه رثاء ورحمة ، أو نتيجة وُهامات (ضلالات) غير متطابقة تتعلق بأشخاص داخل تنظيم معتقداته الخاطئة .

(ب) نوبة الهَوَس

وهي إما : 1 ـ الهَوَس تحت الحاد subacute mania
2 ـ الهَوَس الحاد acute mania
3 ـ الهَوَس المزمن chronic mania

1 ـ المظهر الخارجي

ويتميز المريض بحالة من المرح والنشوة والبهجة المستمرة ، مع كثرة الكلام وزيادة النشاط الحركي دون هدف ثابت ، مع انعدام الشعور بالإجهاد وسهولة الاستثارة .

2 ـ المزاج

غالباً ما يبدو على المريض المرح الزائد والنشوة وأحياناً التوتر الزائد وربما الثورة والعنف .

3 ـ التفكير

ينشغل المريض بأفكار تعبر عن ثقته الزائدة وشعوره بالعظمة والأهمية ، ويفرض نفسه في المناقشات ، وتزداد الأفكار إلى حد تطايرها ، وفي الحالات الشديدة قد يفقد المريض ترابط فكره .

4 ـ الاندفاعية

وأقصى حالاتها الانتحار والقتل ، وكثير من مرضى الهَوَس يهددون بالانتحار أو العدوان ، ولكن نسبة حدوث هذه الجرائم في هؤلاء المرضى غير معروفة ، وقد وجد أن أغلب من يهددون بقتل الزعماء هم مرضى الاكتئاب الثنائي القطب وليسوا من الفُصَاميين .

5 ـ الوظائف العقلية

يزداد نشاط الوظائف المعرفية والعقلية بازدياد الانتباه ، ولكنه يكون سطحياً بحيث يعطي صورة زائفة عن المريض فيما يتعلق بالذكاء والسرعة في اتخاذ القرارات ، وعلى وجه العموم تتأثر الذاكرة أو التعرف بالزمان والمكان ولكن بعض المرضى يجيبون بسرعة فائقة ، ولذلك قد يعطون إجابات خاطئة ، مما دعا كريبلين إلى تسمية هذه الحالات بالتشوش الهَوَسي رغم عدم تشوش وعيهم .

أما عن المحاكمة والبصيرة فيتأثران تأثراً كبيراً ، فنتيجة لتأثر هذه القدرات فإن هؤلاء المرضى قد يقودون عائلاتهم إلى الفقر المادي أو يخرقون القانون أو يعتدون على الآخرين دون بصيرة لما يعانون منه من ضعف في الحكم ، كما يتميزون بالكذب في الإدلاء بالمعلومات .

مآل ومصير اضطرابات المزاج الكبرى

1 ـ مريض الاكتئاب الشديد

غالباً ما يأخذ الاكتئاب صورة دَوْرية متكررة قد تتراوح بين مرة أو مرتين في السنة أو أكثر ، وقد تستمر مع المريض طوال حياته ، ولكن يصعب التكهن باحتمال حدوث النكسات وعددها في حياة كل مريض ، رغم وجود عوامل قد تساعد على التكهن بالمآل الحسن من حيث النكسات في المستقبل مثل :

1 ـ عدد النوبات السابقة ، فكلما قل عدد النوبات كلما كان المآل أحسن .

2 ـ ظهور النوبة المرضية فجأة .

3 ـ كلما زاد سن المريض عند حدوث أول نوبة .

4 ـ عدم وجود سوابق عائلية (تاريخ عائلي) للمرض .

5 ـ عدم وجود اضطرابات في شخصية المريض .

2 ـ الهَوَس

مآل الاضطراب الوجداني الثنائي القطب يعتبر أسوأ في حالة الهَوَس الاكتئابي منه في حالة الهَوَس المتكرر دون حدوث نوبات اكتئابية .

ومن العوامل التي تزيد احتمال شفاء المريض بسرعة :

1 ـ عدم وجود أعراض ذُهَانية شديدة .

2 ـ تقدم سن المريض .

3 ـ قلة عدد النوبات .

4 ـ قصر مدة النوبة .

التشـــخيص التفريقي

التشخيص التفريقي لحالات الاكتئاب :

1 ـ الأمراض العضوية مثل حالات تصلب الشرايين (تصلب شـرايين الدماغ) وبعض أمراض الجهاز العصبي مـثل الشلل الرَّعْشِي paralysis agitans (داء باركنسون) ، وكذلك اسـتعمال أدوية معينـة مثل الأدوية المستعـملة في علاج فرط ضغط الدم وبعض أنواع أدوية منع الحـمل وكذلك سرطان البنكرياس والقولون .

2 ـ اضطرابات الغدد الصماء مثل الغدة الكظرية والغدة الدرقـية ، ففي حالات الاضطراب الوجداني غير العضــوي نجد أن الوظائف العقلية لا يصاحبها تشـوش شديد ، أما في حالات الاضطراب العضوي نجد أنها تتأثر بشدة ملحوظة .

3 ـ الخَرَف dementia وهنا يجب التفرقة بين حالات الخَرَف الكاذب التي قد تصاحب الاكتئاب وبين الخَرَف في مرض آلزهايمر على سبيل المثال ، وتتضح أوجه الفرق من حيث :

ـ سرعة زحف المرض في حالات الاكتئاب عنها في حالات الخَرَف .

ـ وجود التغيـر اليَوْمَاوي circadian في الوظائف النفسية في حـالات الاكتئاب بصورة أوضح وأعم عنها في حالات الخَرَف .

ـ استـجـابة المريض للأسئلة في حالة الاكتـئاب تكون ســلبيــة وتكون الإجابات في صـــورة (لا أعرف) ، بعكس مريض الخَــرَف فهو دائماً يحاول إخـفاء عجزه عن الإجابة ويحاول إخـفاء عدم قدرته على التركيز والتذكر .

4 ـ الفُصَام وذلك بالأعراض المميزة له

5 ـ العُـصَاب وخـاصة عندمـا يصاحب حـالات الاكـتئـاب بعض الأعراض العُصَابية مثل القلق والوسـواس ، وهنا يجب أن نتذكـر أن شخصيـة القلق الاكتئابي قد ذكرت في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 ـ الاضطرابات النفسية والسلوكـية وهو ما لم يكن موجوداً في المراجعات السابقة للتصنيف .

التشخيص التفريقي في حالات الهَوَس :

وقد سبق ذكرها ، مع التـأكيد على الأسباب العضوية والناتجة عن تعاطي المواد النفسانية التأثير .

معالجة اضطرابات المزاج (الاكتئاب والهَوَس)

(أ) إدخال المريض إلى المستشفى . ويكون لذلك أهمية خاصة في :

1 ـ الحالات الحادة .

2 ـ فقدان الشهية التام أو اضطراب النوم الشديد .

3 ـ حالات الغيبوبة الاكتئابية .

4 ـ حالات الهَوَس الحاد .

5 ـ محاولة الانتحار . أو سوابق محاولة انتحار رافقت النوبة السابقة ، أو التهديد بالانتحار .

6 ـ هبوط الحركة الشديد أو كثرة الحركة .

7 ـ فقد البصيرة والمحاكمة .

8 ـ عدم الانتظام على العلاج .

(ب) الأدوية وتشمل

1 ـ الأدوية المضادة للهَوَس

ومن أهمها استعمال مركبات كـربونات الليثيوم أو سترات الـليثيوم 400 ميلي غرام يومـياً حتى 1800 مـيلي غـرام يوميـاً ، مع مـلاحظة بدء العـلاج بأحد الأدوية المـستـعـملة في الفُـصَام مـثل الهالوبريدول أقراص من 30 إلى 45 ميلي غرام في اليوم حتى تتـحسن الأعراض الذهَانية ، وكذلك حتى يتم بدء التأثير الســريري (الإكلينيكي) لليثيوم والذي قد يستغـرق فترة تتراوح من 10 إلى 15 يوماً .

2 ـ الأدوية المضادة للاكتئاب

(أ) منبهات الجهاز العصــــــبي ـ مثل الأمفيتامين ومشتقاته ، ولكن لا يستحسن استعمالها لكثرة الأعراض الجانبية .

(ب) الأدوية الخفيـفة المضادة للاكتئـاب المثبطة لإنزيم أكسيـداز الأمينات الأحادية monoamine oxidase inhibitors ، وتشمل نوعين :

ـ مجموعة الهيدرازيد .

ـ مجموعة غير الهيدرازيد .

(ج) الأدوية المتوسطة المضادة للاكتئاب .

(د) الأدوية الكبرى المضادة للاكتئاب ، مثال ذلك : المركبات الحلقية الثلاثية مثل :

- إيميبرامين imipramine 75-150 ميلي غرام .

- أميتريبتيلين amytryptiline 75-150 ميلي غرام .

(هـ) المركبات الحلقية الرباعية

(و) المركبات الأخرى الجديدة ، مثل S.S.R.I .

(ز) العلاج بالجلسات الكهربائية المُزَامنة لإيقاع الدماغ وهي من أفضل أنواع العلاج لمرض الاكتئاب ولكنها لا تحظى بالأولوية في حالات الهَوَس .

(ح) العلاج النفسي سواء الفردي أو الجماعي . ويشمل وسائل العلاج السلوكي والمعرفي .

(ط) العلاج بالجراحة ، وهو لا ستعمل إلا نادراً في بعض الحالات المستعصية للعلاج السابق .

الاضطرابات العُصابية neurotic disorders والمرتبطة بالكرب stress والاضطرابات الجسدية الشكل

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور إدريس المساري
الأستاذ الدكتور سالم نجم
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي

أصبحت الاضطرابات العُصَابية تواجهنا كمشكلة صحية عامة ، إذ أن مدى انتشارها يفوق ما نعرفه عن الأمراض النفسية والعضوية ، فهي في الحقيقة أكثر اضطرابات الطب النفسي شيوعاً ، ويتسم العُصَاب بصفة عامة بوجود صراعات داخلية ، وبتصدع في العلاقات الشخصية ، وظهور أعراض مختلفة أهمها : القلق والخوف ، والاكتئاب ، والوسواس ، والأفعال القهرية ، وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام ، وكذلك الأعراض التحويلية -conver sional والانشقاقية أو التفارقية (الهستيرية سابقاً) . ويحدث ذلك دون المساس بترابط وتكامل الشخصية ، ويتحمل المريض المسؤولية كاملة ، والقيام بالواجبات كمواطن صالح ، والحياة والتجاوب مع الآخرين دون احتكاك واضح ، مع سلامة الإدراك واستبصار المرضى بآلامهم والتحكم في الذات ، مما يميز هذه الاستجابات العُصَابية عن الذُهَان الذي تضطرب فيه هذه الصفات .

وقد اختلف الكثير في تحديد معنى العُصابي neurotic ، ويتم التخلص تدريجياً من هذا الوصف في معظم التصنيفات العالمية ، حيث أن هذا اللفظ يطلق على كل من لم يستطع التكيف مع المجتمع ، أو التأقلم مع العادات المألوفة ، أو أصيب بإثارة عصبية لحد المبالغة ، ومن ثم كان المبدعون أو الخلاقون والفنانون وكل من ثار على نظم أو أسس المجتمع أو الأسرة عُصَابياً ، وبالطبع ليس هذا هو المفهوم الذي نعنيه ، فالعُصَابي هو الشخص الذي أصبح من خلال صراعاته الداخلية وصراعاته مع المجتمع يعاني من أعراض نفسية متعددة تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج كما ينبغي ، وهو من خلال هذه المعاناة يطلب المساعدة للوصول إلى درجة من الرضى والمرونة والاستمرار .

وقد أصبح من المتفق عليه الآن أن الاضطرابات العُصَابية تحدث نتيجة لترابط عدة عوامل هي :

1 ـ الاستعداد التكويني « الوراثي » .
2 ـ مراحل النمو في الطفولة .
3 ـ العوامل النفسية والاجتماعية الحالية ، والتي تساعد على ظهور المرض .
4 ـ العوامل الحضارية .
5 ـ الاستعداد الفيزيولوجي للمجموع العصبي .

وسنحاول تصنيف الاضطرابات العُصَابية فيما يلي :

1 ـ اضطراب القلق العام .
2 ـ اضطراب القلق والاكتئاب المختلط .
3 ـ اضطراب الهَلَع .
4 ـ الاضطرابات الرُهَابية .
ـ رُهَاب الساحة « الأماكن المتسعة » مع أو بدون هَلَع .
ـ الرُهَاب الاجتماعي .
ـ الرُهَاب المُحَدَّد (المُنْفَرِد) .
5 ـ اضطراب الوسواس القهري .
6 ـ استجابة الكرب الشديد واضطرابات التوافق .
(أ) استجابة الكرب الحاد .
(ب) استجابة الكرب التالي للحادث .
(ج) اضطراب التوافق .
7 ـ اضطرابات انشقاقية (تفارقية) وتحويلية (هستيريا) :

فقد الذاكرة amnesia ، الشرود fugue ، الغيبوبة coma ، الذهول stupour ، التَمَلُّك pos-session الحركة movement ، نوب التشنجات fits ، الخدار (فقد الإحساس) sensory loss ، متلازمة غانسر Ganser syndrome ، تعدد الشخصية multiple personality .

8 ـ اضطرابات جسدية الشكل .
ـ اضطراب الجَسْدَنَة .
ـ المُرَاق (التوهم المرضي) .
ـ اضطراب جسدي الشكل في الجهاز العصبي اللاإرادي .
ـ اضطراب الألم الجسدي الشكل .

9 ـ اضطرابات عُصَابية أخرى .

ـ متلازمة تَبَدُّد الشخصية depersonalization والغربة عن الواقع (تَعَذُّر إدراك الواقع) derealization .

الوبائيات

إن الحصول على أرقام دقيقة في هذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلاً ، لأن معظم هؤلاء المرضى لا يدخلون المصحَّات النفسية ، بل إن نسبتهم في هذه المصحَّات لا تتعدى من 3-5% من المقبولين لأول مرة في المصحَّات . والحقيقة أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يترددون على كافة التخصصات الطبية ، ويعانون من أعراض وآلام جسمية ، ويتنقلون من طبيب لآخر ، دون تيقن من التشخيص الحقيقي ، وتوضح لنا بعض التقارير أن حوالي 40% من المرضى الذين يترددون على عموم الأطباء يعانون من العُصَاب neurosis .

ونستطيع أن نوجز بالقول إن كل فرد مهيأ للأعراض النفسية حسب تعرضه للكرب stress ، وأن نسبة العُصَاب بين مجمل السكان تتراوح بين 10-25%

الأســـباب

مازالت التفاصيل غير واضحة بالنسبة لأسباب الاضطرابات العُصَابية ، ومازلنا نفسِّر الأسباب بنظريات مختلفة ، ومدارس متنافرة ، ولكن البرهان العلمي لأي من هذه النظريات لم يثبت بعد ، وإن تعددت الأسباب ونستطيع أن نلخصها في نظريتين :

1 ـ النظرية البنيوية constitutional والتي تعتمد على العوامل البيولوجية الوراثية والفيزيولوجية .

2 ـ النظرية البيئية environmental.

وأسباب أمراض العُصَاب هي تفاعل بين العوامل البنيوية والبيئية ونفصل ذلك فيما يلي :

1 ـ النظرية البنيوية الوراثية

يلعب العامل الوراثي دوراً في نشأة الأمراض النفسية ، وقد قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهة ، ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعُصَاب ، فعادة ما يصاب الآخر بنفس المرض ، كذلك دلت دراسة العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية العُصَاب الناتج من الكرب أو من الإجهاد ؛ مثل القلق أو الوسواس القهري ، أو الاضطرابات « التحويلية » وهكذا . ولكن يمكن مناقشة ذلك بأن التوائم المتشابهة وأفراد العائلة الواحدة ، يتعرضون عادة لنفس العوامل البيئية ، مما يجعل استجاباتهم العُصَابية متشابهة ، ولذا فمن الصعب فصل عوامل البيئة عن الوراثة .

2 ـ النظريـــة البيئية

تؤثر العوامل البيئية على نمو وتطور الفرد خلال كل مرحلة ، ويبنى المجتمع الحضاري على أساس التغيير والتكييف ، والتأثير على السلوك والشخصـية من خلال التعليم والثقافة ، مما يجعل استجابات الأفراد تختلف حسب مجتمعاتهم .

وأهم النظريات البيئية هي :

(أ) نظرية التحليل النفسي ومشتقاتها .

(ب) النظريات غير التحليلية ، وأهمها النظرية البيولوجية والنفسية psychobiological .

(ج) النظرية الشرطية السلوكية « التعلم الاجتماعي » .

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية .

(هـ) العوامل المساعدة .

(أ) نظرية التحليل النفسي

افترض فرويد أن العوامل الرئيسية التي تحدد ماهية الشخصية ، هي الشَّبَق libido الغريزي الجنسي ، والاستجابة العصابية تأتي من مؤثرات بيئية تظهر في السنوات الخمس الأولى من حياة الفرد ، وأن أي صدمة نفسية خلال هذه الفترة ، تؤثر على النمو الجنسي للطفل ، وتجعله في حالة « تثبيت fixation » ولا يستطيع العبور بعدها للمرحلة التالية ، مما يؤثر فيما بعد على حالته النفسية ، وبالتالي تظهر الأمراض النفسية عند تعرضه لأي إجهاد أو شدة .

ولقد اختلف آدلر Adler ، أحد أتباع فرويد ، مع كثير من نظريات أستاذه ، فقد اعتبر القوة الدافعة في الإنسان هي « الرغبة في القوة والتفوق » بدلاً من الشبق الغريزي ، كما وضع الرغبة في العدوانية aggressiveness محل الرغبة في الجنس . وقد هجر أدلر النظرية الجنسية في العُصَاب ، واعتبر العُصَاب محاولة لكي يحرر الفرد نفسه من الشعور بالنقص ولكي يحصل على الشعور بالتفوق .

وتتركز إضافات يونج Jung وهو أيضاً أحد أتباع فرويد ، في أنه لم يقتنع بمفهوم الشبق أساساً ، وافترض أن هناك مستودعاً كبيراً لطاقة عامة غير متمايزة تنبثق منها القوة الدافعة للإنسان في حياته ، ثم أدخل يونج مفهوم الانطواء ـ الانبساط ، فالشبق عند الانبساطيين يتجه إلى الخارج ، وهم يستجيبون موضوعياً للعالم الواقعي ، أما الانطوائيون فيرتد عنهم الشبق إلى الداخل نحو حقائق ذاتية ويميلون إلى الحياة في عالم الخيال .

(ب) النظريات غير التحليلية

1 ـ نظرية مايــر Meyer

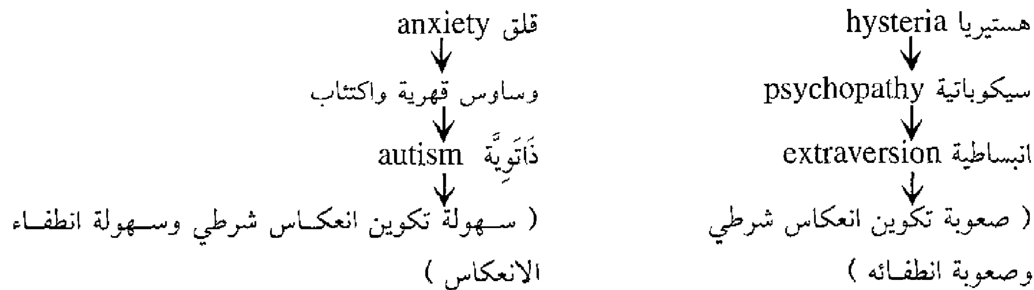
يقول ماير أننا نستطيع فهم السلوك فـهماً حقيقياً إذا درسنا الشخصيــة الكلية والتاريخ الكلي لحياة الفرد ، ولتلخيص نـظريته في العُصَاب ، نقول إن مــاير يعتبر أن مسـتويات الطموح غير الواقـعية ، وعدم تقبل الذات عاملان أساسيان في الشخصية الشاذة ، وهو يعتقد أن الناس يصابون بالاضطرابات لأنهم غيــر قادرين على تقبل طبـيعتـهم الخاصة ، وبالتــالي غير قــادرين على تشــكيل آمالهم وفـقاً لحالتهم ، ومن ثم فهم يشعرون بالنقص والخوف والاتجاهات العُصَابية الأخرى ، وأن جميع الأمراض النفسيــة والعقلية ما هي إلا استجــابات توافقية أو تكيفــية بيئية للفرد مــستخدماً الإجراءات الدفــاعية العُصَابية .

2 ـ المنهــج الوجودي existential

ومن النظريات الحديثــة غير التــحليلية المنهج الوجودي ، فــقد شعــر عدد من المعالجين النفــسيين بسخف تلك الطــرق التي تحاول وضع الشخص المريض ضــمن مجمــوعة محــددة ، أو تحاول فهــمه ضمن إطار نظري محدد سابقاً أو مدرسة خــاصة ، وأدركوا أن المعرفة بالنظرية وحدها لا تخفف من قلق المريض ولا تؤدي إلى شفائه ، وتحاول الوجودية كمنهج علاجي للمريض العقلي ، فهم الخبرات الذاتية للمريض في علاقتها به ، وبالناس من حوله .

(ج) النظرية السلوكية الشرطية conditional behavioral

تطورت حديثاً نظريات بافلوف في الفــعل المنعكس بواسطة الكثير من العلماء مثل فــولبي وأخيراً أيزنك الذي ابتدع نظــريته في نشأة الأمــراض النفســية والعــقلية واتخذ أســاسه فيــزيولوجيا الجــهاز العصبي ، كما ذكرها بافلوف ، وأهم أساسيات نظريته ما هو مبين في ما يلي :



وفي رأي أيزنك أنه يوجد اختــلاف واضح بين الأفراد في تكوين الأفعال الشــرطية ، وأن جوهر هذا الاختلاف هو أســاساً وراثي ، وحسب نظريته فــإن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين عادات

شرطيــة خاطئة بتــأثير تفاعل عــاملَيْن هما البـيئة والوراثة . وأن هذه الأمــراض ما هي إلا أنماط من السلوك تعلمناها لنخــفف من آلام القلق في ظروف خــاصة ، ويعــزز دائـــماً هذا السلــوك الخاطئ بإحجام المــريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى إثارة مــخاوفه ، مما يعزز المرض ، فــالذي يخاف من الأماكن الضيقــة يبتعد عن هذه الأماكن ، ولا يرتادها حتى لا يشعــر بالقلق . وهذه العملية في حد ذاتها تعــزز خوفه من هذه الأماكن ومن ثم تنشــأ دائرة مفرغة . وتنشــأ الأمراض النفسيــة بالتالي من تفاعل أبعــاد الشخصية مــا بين ذَاتَوِيٍّ وانبساطي مع الاستــعداد الوراثي للعُصَاب . وتــؤكد الأبحاث الفيزيولوجية الحديثة أن الاستعداد الوراثي للعُصَاب ، أو ما يسمى أحياناً بعدم الثبات الانفعالي يكمن في الفيزيولوجــيا وكيمياء الجــهاز الحوفي limbic أو السطح الإنسي من الفص الصدغي ، أما أبعاد الذاتوية والانبســاطية فمــركزها في التكوين الشــبكي ، والذي له علاقــة مباشــرة مع درجة الانتــباه والوعي ، وتنقية المداخل الحسية للمخ ، والتكوين الشبكي يمتد من جذع المخ حتى المهاد thalamus ومنه إلى قشرة المخ .

(د) العوامل الاجتماعية والجسمية المساعدة

أثبــت علمــاء الأنثروبيولوجيــا أن للحضارة والثــقافة والحالة الاجــتماعيــة أثرها البالغ في تكوين الشخــصية ، وبالتــالي استعداد الــفرد للأمراض النفســية ، كذلك أوضح علمــاء الاجتمــاع أثر عدم الاستــقرار والحرمان العــاطفي ، والتعطل والولادة غــير الشرعيــة ، وفقدان أو الانفــصال عن أحــد الوالدين ، والطلاق ، والإدمان والتــبنِّي ، أو النشأة في ملجــأ ، أو بيت للحضانة ، وعــدم التوافق الأبوي ، أوضحوا أثر كل ذلك في ظهور الشخصية المرضية أو متبلدة الانفعال .

(هـ) العوامل المساعدة

إن تعريف المشقــة ، أو الإجهاد strain أو الكرب stress ضروري قبل معرفة تفاعل الكرب مع الفرد لظهور الأمراض النفــسية ، فالكرب هو تحدي عوامل غير ســارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد، وتعتمد كمية الشدة أو الإجهاد اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثي .

أنواع الكرب متعددة منها :

1 ـ حادة : وذلك مثل الــصدمات الجنسية في الطفــولة ، أو فقد أحد الوالدين أو فــقدان شــخص عزيز ، أو فقد العمل أو المال المفاجئ ، أو اتهام بوليسي أو سياسي . . الخ .

2 ـ طويلة المدى : عندما تتجمع الكروب وتتراكم على مدى الأيام ، مــثل الشخصية الطموحة التي تنقصها القدرة على تحقيق رغبــاتها ، أو لـم تعط الفرصة لإرضــاء قدراتها ، أو عدم التوافق بين الزوجين في الزواج سواء من الناحية العاطفية أو المزاجية أو الجنسية . . الخ .

3 ـ ذاتية : وهنا تكون الشدة مؤثرة على فرد معين نظراً لحاجاته الخاصة ، مثل النزاع المستمر ، والصراع الدائم بين الفرد ورؤسائه أو زملائه في العمل ، أو ما يعتبره إهانة لذاته أو لكرامته .

4 ـ جسمية : مثل الأمراض الشديدة ، كالحميات ، والسموم ، وارتجاج المخ ، وكذلك بعد الولادة ، أو في نقاهة من انفلونزا شديدة . . الخ .

اضطرابات تعدد الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي

يواجه الطبيب مشكلة عندما يفحص المريض الذي يشكو من أعراض بدنية مختلفة ، ولا يوجد لديه أي علامات عضوية ، ويقوم بعمل الأبحاث اللازمة والتي تأتي في نتيجتها سلبية ، فيصرح الطبيب للمريض بأنه لا يوجد مرض عنده ، وهذا اتهام للمريض بأنه يتصنع الأعراض وليس له الحق في الشكوى .

إن الغرض من هذا الفصل هو معرفة التشخيص التفريقي للأعراض البدنية النفسية المنشأ وغير العضوية . وسندرج هنا أهم الاضطرابات النفسية التي تتميز بالشكوى البدنية ، خاصة أن المريض العربي وغير العربي دائماً يشكو من أعراضه النفسية في هيئة معاناة جسدية ، ويحتمل أن يعاني هذا المريض من أحد الاضطرابات الآتية :

1 ـ القلق النفسي العام .

2 ـ الهَلَع panic .

3 ـ اضطراب الرُهَاب .

4 ـ اضطرابات الوسواس .

5 ـ تفاعل الكرب الحاد .

6 ـ اضطراب الكرب التالي للإجهاد .

7 ـ اضطرابات التوافق .

8 ـ اضطرابات انشقاقية (تفارقية) dissociated وتحويلية conversional.

9 ـ اضطرابات الجَسْدَنَة somatization (أعراض بدنية دون سبب عضوي) .

10 ـ الأعراض المراقية أو توهُّم المرض hypochondria .

11 ـ اضطراب الألم المستمر .

12 ـ الوَهَن العصبي .

13 ـ متلازمة تبدد الشخصية ـ تبدل إدراك الواقع .

وسنشرح ذلك ببعض التفصيلات من خلال هذا الفصل الذي يوضح الاضطرابات العُصَابية « النفسية » والمرتبطة بالكرب والجسدية الشكل .

1 ـ اضطراب القلق العام

generalized anxiety disorder

يقال إن هذا العصر هو « عصر القلق » ، ولا نستطيع الجزم بصحة هذا القول ، لأنه مما لاشك فيه أنه في الأزمنة السابقة عانى الناس من الجوع والمرض والعبودية والحروب وكوارث عامة مختلفة جعلتهم معرضين للقلق تعرضنا نحن له الآن ، ولكن تعقيد الحضارة وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع التشكل الحضاري السريع والتفكك العائلي ، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إغراءات الحياة وضعف القيم الدينية والخلقية ، مع التطلعات الأيديولوجية المختلفة ، تخلق الصراع والقلق عند الكثير من الأفراد ، مما يجعل القلق النفسي هو محور الحديث الطبي في الأمراض النفسية والسلوكية والأمراض النفسية الجسدية psychosomatic .

ويختلف الكثير حول تعريف القلق النفسي كمرض مستقل ، ونستطيع تعريفه بأنه « شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات البدنية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي » .

الأساس الفيزيولوجي للقلق

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه الودي (السمبثاوي) واللاودّي (الباراسمبثاوي) . ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادينالين في الدم . ومن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم ، وتزيد ضربات القلب ، وتجحظ العينان ، ويتحرك السكر من الكبد وتزيد نسبته في الدم ، مع شحوب في الجلد ، وزيادة العرق ، وجفاف الحلق ، وأحياناً ترتجف الأطراف ، ويعمق التنفس .

أما ظواهر نشاط الجهاز اللاّ ودي (الباراسمبثاوي) فأهمها كثرة التبول والإسهال ، ووقوف الشعر ، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم .

ويتميز القلق فيسزيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة ، مع بطء التكيف للشدة ، أي أن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد ، نظراً لصعوبة التكيف في مرضى القلق .

ونركز كلامنا هنا على القلق النفسي كاضطراب أولي ، ولكن قد يظهر القلق كعرض في معظم الأمراض النفسية والعقلية والجسمية ، ويكون علاجه بالتالي علاج المرض المسبب له ، ومن أهم الاضطرابات والأمراض التي تصاحب القلق:

1 ـ اضطرابات عُصابية : مثل الاضطرابات الهستيرية بنوعيها التحويلية والانشقاقية وكذلك الاكتئاب، والوَهن النفسي المزمن وعُصَاب الحوادث والتوهم المرضي بأنواعه المختلفة .

2 ـ اضطرابات ذُهانية :

(أ) اضطراب الاكتئاب الجسيم : وعادة يبدأ المرض بأعراض قلق وتوتر ومخاوف وكثرة الحركة مما يجعل الطبيب يتجه في تشخيصه إلى القلق ، ولذا يجب أخذ ذلك في الاعتبار عند ظهور أعراض القلق فجأة خاصة في عمر متأخر .

(ب) اضطراب مزاجي ثنائي القطب (سابقاً ذُهَان الهَوَس الاكتئابي) سواء في نوبات المرح أو الاكتئاب ويكون مصحوباً بأعراض قلق واضحة وأحياناً تطغى على معظم الأعراض الأخرى .

(ج) الفُصَام : خصوصاً فُصَام المراهقة ، والفُصَام الشبيه بالعُصَاب ، فهذه الأنواع تبدأ بأعراض قلق وأعراض عُصَابية في هيئة غامضة مما يجعل التشخيص صعباً إلى حد ما . وكثير من هؤلاء المرضى يعالجون لمدة طويلة على أنهم مصابون بقلق نفسي ، حتى تبدأ أعراض الفُصَام في الظهور ، وهنا نتبين أن أعراض القلق السابقة كانت البداية لمرض الفُصَام .

3 ـ أمراض عضوية :

(أ) أورام الغدة الكُظْرِيَّة (وَرَمُ القَوَاتِم pheochromocytoma) ، ويكون المريض معرضاً لنوبات عارضة من قلق حاد شديد ، مع ارتفاع في ضغط الدم ، وشحوب في اللون ، وزيادة السكر في الدم ، ونستطيع التأكد من التشخيص بإجراء دراسة خاصة للهرمونات ولمستقلباتها

(ب) زيادة إفراز الغدة الدرقية ، وهنا يظهر التوتر العصبي ، والقلق النفسي ، وسرعة التأثر والتهيج مع ارتجاف في الأطراف ، وارتفاع في ضغط الدم والتعرق الساخن في الأطراف ، مع جحوظ في العينين ، دراسة الهرمونات الدرقية هنا لازمة للتفرقة بين هذا المرض والقلق النفسي .

(ج) تصلب شرايين المخ ، ويظهر ذلك في المسنين عندما يثورون لأتفه الأسباب ، ويغضبون من أقل المنبهات ، ويكونون عرضة للقلق وكثرة الحركة والتوتر ، وتضطرب الذاكرة خصوصاً للأحداث القريبة ، مما يجعل التشخيص واضحاً إلى حد ما .

(د) الشلل الرعّاش (داء باركنسون) ونقص السكر في الدم والكثير من الحميات وارتجاج المخ ، وسن اليأس والفترة السابقة للطمث تكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر ، وكثيراً ما يصاحب اضطراب القلق والهَلَع في حوالي 15-20% من الحالات تدلي الصمام الميترالي mitral valve prolapse في القلب .

الأعــراض السريرية (الإكلينيكية) للقلق النفسي

(أ) أعراض جسمية

1 ـ **الجهــاز القلبي الدوراني** : هنا يشعر المريض بآلام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر ، مع سرعة دقات القلب ، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ، ويبدأ في عد سرعة النبض ، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً بعض الشيء من جراء الانفعال ، ويبدأ المريض المسكين في سلسلة من الفحوصات المختبرية ، والدراسات الشعاعية ، وتخطيط كهربية القلب ، وهكذا يدخل في حلقة مفرغة ، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً ، ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى .

2 ـ **الجهاز الهضمي** : وهو من أهم الأجهزة التي يظهر بها القلق النفسي . ويكون في هيئة صعوبة في البلع ، أو الشعور بغصة في الحلق ، أو سوء الهضم والانتفاخ وأحياناً الغثيان والقيء ، أو الإسهال أو الإمساك ، بل ويتعرض المريض أحياناً إلى آلام مغص شديد يحتار الأطباء في تشخيصها ، كذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة ، وكثيراً ما يكون القيء علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو الشعور بالتقزز أو الاشمئزاز من شخص ما .

3 ـ **الجهاز التنفسي** : وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس ، وضيق النفس والتنهيدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء . وأحياناً تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثنائي أكسيد الكربون ، وتتغير درجة حموضة الدم ، مع قلة الكالسيوم النشط في الجسم ، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف ، وتقلص العضلات ودوار وتشنجات عصبية ، ويلاحظ ذلك في الأماكن المغلقة أو المزدحمة أو عند التعرض لانفعال شديد من فقدان عزيز ، أو وفاة . . الخ .

4 ـ **الجهاز العصبي** : ويظهر القلق هنا بشكل شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض ، مع اتساع حدقة العين ، وارتجاف الأطراف خصوصاً الأيدي ، مع شعور بالدوار والدوخة والصداع .

5 ـ **الجهاز البولي والتناسلي** : يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة ، وذلك عند الانفعال الشديد مثلما يحدث قبل الامتحانات ، وعند التعرض لمواقف حساسة . . الخ . وأحياناً يظهر عكس ذلك من احتباس للبول ، كذلك فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (العنة) أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف ، وكثيراً ما تحدث العنة في أوائل شهر العسل عندما يكون الرجل في حالة من التوتر أو القلق نظراً لقلة أو انعدام خبرته . أما في المرأة فالبرود الجنسي ، وعدم الاستجابة عادة ما يكون سببها في معظم الأحوال القلق النفسي ، بل أحياناً ما يسبب اضطرابات في الطمث ، من انقطاعه تماماً ، إلى كثرة تردده ، إلى آلام شديدة قبله . . الخ . وعادة لا يفيد العلاج بالهرمونات في مثل هذه الأحوال .

6 ـ **الجهاز العضلي** : يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من آلام مختلفة في الجسم ، ومن أكثر أنواع الألم شيوعاً ، الآلام العضلية ، وهنا يعاني المريض من آلام في الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق الصدر وكثيراً ما تشخص هذه الآلام على أنها روماتزم .

7 ـ **الجلد** : يكون القلق النفسي عاملاً أساسياً في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية مثل العُدّ (حب الشباب) والإكزيمة والشرى (الأرتكاريا) ، والصدفية والبهاق وسقوط الشعر . . وغيرها ، مما جعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم أو إحالتهم إلى الطبيب النفسي عند فشلهم في معرفة سبب الصراع .

(ب) أعراض نفسية

1 ـ **الخوف أو الرُّهاب** : يبدأ المريض بعد حياة سوية بالشكوى من الخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية ، فأحياناً يخاف من الأماكن المغلقة claustrophobia أو رُهَاب المَيَادين أو رُهاب الأماكن المتسعة agoraphobia أو رُهاب الأمراض nosophobia ، ويُعَدُّ رُهاب الأمراض من أكثر المخاوف شيوعاً ، فهناك الخوف من أمراض القلب ، والسل ، والسرطان ، والزهري ، أو الخوف من الموت ، أو الجنون ، والخوف من مرض الإيدز ، وأحياناً يأخذ الخوف مظاهر غريبة ، كخوف المرء من ابتلاع لسانه ، أو توقف الطعام في حلقه ، أو انفجار واحد من شرايين المخ عنده .

2 ـ **التوتر أو التهيج العصبي :** وهنا يصبح المريض حساساً لأي ضـوضاء ، فنراه يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفـون أو الجرس ، ويفقد أعصابه بسهولة ولأتفـه الأسباب ، وتبدأ الأم بضرب وعقاب أولادها على أقل سبب ثم تندم وتبكي بعدها .

3 ـ **عدم القدرة على التركيز :** وسرعة النسيان ، وانعدام التركيز ، مع الشعور بالاختناق ، والصداع والإحساس بطوق يضغط على الرأس ، ويكون ذلك مصحوباً أحياناً باختلال وضع الجسم ، أي يشعر الفرد أنه قد تغير عن سابق عهده وأن العالم قد تغير من حوله .

4 ـ **فقدان الشهية للطعام :** مع فقدان الوزن ، والأرق الذي يتميز بالصعوبة في الخلود إلى النوم .

5 ـ **شرب الخمر أو تناول الأدوية المنومة أو المهدئة :** كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي ، مما يؤدي أحـياناً إلى حالات إدمان ، ولذا وجب البحث عن الـقلق المختفي وراء هذه العادة في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو دواء خاص .

(ج) الأمراض النفسية الجسدية

ونعني بذلك الأمراض العـضوية التي يسـببها أو يلعب الـقلق النفسي دوراً هاماً في نشـأتها ، أو الأمراض العـضـــوية التي تزيد أعراضـها عند التعـرض لانفعالات القلق الـنفسي . ومن أهم هذه الأمراض : ارتفاع ضـغط الدم ، الذبحة الصدرية ، جلطة الشرايين التـاجية للقلب (احتـشاء عضل القلب) ، الربو القصـبي ، روماتزم المفاصل ، السكري ، فرط نشـاط الغدة الدرقية ، قـرحة المعدة والاثناعشري ، التهاب القولون القرحي ، القولون العصبي (المتهيّج) ، الصداع النصفي ، السمنة ، فقدان الشهية العصبي ، كذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها .

فالعلاقة وطيده بين مزاج وانفعال الفرد وبين أحشاء الجسم التي تتلقى أعصابها من الجهاز العصبي اللاإرادي، فكما يتغـير لون الوجه شحوباً أو أحـمراراً عند القلق ، نجد أن كل الأغشيـة المخاطية في المعدة أو القـولون تتأثر وتزيد أو تقـل إفرازاتها ، وكـذلك الأوعيـه التي تغذي العـضلات والجلد ، وعندما يشـتد ويستمـر الانفعال يحـدث تغيرات عضـوية في هذه الأعضاء مما يسـبب هذه الأمراض السابق ذكرها ، وتدل الأبحاث الحـديثة أن جهاز المناعة في الجسم له عـلاقة خاصة بالمخ والمزاج وأنه يفرز المواد المعـزِّزة للمناعة ، فإذا اعتل مـزاج الفرد تقل مناعته ويصـبح عرضة للإصابة بالالـتهابات واضطرابات المناعة والروماتزم بل وأحياناً الأمراض الخبيثة .

مآل القلق النفسي

يختلف سير مرض القلق تبعاً للفرد ، فمن نوبة واحدة لمدة قصيرة تختفي دون عودة خصوصاً في الشخصية السوية ، إلى مرض مزمن لا يستجيب لكل أنواع العلاج في الشخصية العُصَابية ، وبين هذين النوعين يوجد الكثير من المرضى الذين يتعرضون لنوبات من القلق النفسي بين آونة وأخرى يتخللها فتره من الصحة النفسية السليمة .

المعالجـــة

ستناقش تفصيلاً في فصل المعالجة وتشمل :

1 ـ المعالجة النفسية .

2 ـ المعالجة الكيميائية .

3 ـ المعالجة السلوكية .

4 ـ المعالجة الجراحية .

5 ـ التأهيل النفسي .

2 ـ اضطراب الهَلَـع

panic disorder

السمة الأساسية تتمثل بنوبات متكررة من القلق الشديد (الهَلَع panic) لا تقتصر على موقف محدد أو مجموعة من المواقف وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها . وتتباين الأعراض البارزة من شخص إلى آخر كما هو الحال بالنسبة لاضطرابات القلق الأخرى . ولكن تشيع البداية المفاجئة للخفقان ، وآلم الصدر ، وأحاسيس الاختناق ، والدوار وأحاسيس تبددُ الشخصية أو الغربة عن الواقع أو تعذُّر إدراك الواقع ، ويترتب على ذلك دائماً وبشكل ثابت وجود خوف ثانوي من الموت أو فقدان التحكم في النفس أو الجنون . وتستمر كل نوبة على حدة لمدة دقائق فقط ، وإن كانت تطول عن ذلك أحياناً ، وهي أكثر شيوعاً بين النساء . ويعيش المرضى أثناء نوبة الهَلَع حالة متصاعدة الشدة من الخوف ، وأعراض نشاط زائد بالجهاز العصبي اللاإرادي تؤدي بهم إلى الخروج العاجل من المكان . وإذا حدثت هذه النوبة في موقف معين ، كأتوبيس أو وسط زحام ، فقد يسعى المريض إلى تجنب هذا الموقف فيما بعد . كذلك فإن نوبات الهَلَع المتكرر وغير القابلة للتنبؤ بها قد تؤدي إلى خوف المريض من البقاء وحده أو الخروج إلى أماكن عامة ، وكثيراً ما يلي نوبة الهَلَع قلق مستمر من الإصابة بنوبة أخرى ، مما يؤدي في النهاية إلى حالة من الرُهَاب .

3 ـ اضطراب الرُّهــاب
phobia disroder

ويظهر فـيه الخوف مصاحـباً لعدة أمراض مـختلفة ، ولذا يجب عـدم التسرع بتشـخيص حالات الرُهَاب ، لأنها أحـياناً قـد تخفي ورائها أمـراضاً أخـرى ، فكما سبق آنفـاً إن تفاعل الخـوف أحد الأعراض الهـامة لأحد أنـواع القلق النفسي يســـمى عـادة القلق الرُهَابي phobic anxiety وقد تكون اســـتجابة الخوف أحد أعـراض الاضطرابات التفارقـــية (الانشقـاقية) خصـوصاً في التشخيصات الهستيرية ، وهنا يخدم الخوف المريض في الهروب من مواقف معينة ، أو يدفعه لتجنُّب مواجهة الشدائد أو جلب الاهتمام لذاته ، أما إذا بدأ الخوف فجأة بعد سن الأربعين فيجب الشك في حالة اضطراب مزاجي ، كذلك لا نستطيع أن نغفل احتمـال وجود مرض عضوي في الجهاز العصبي مثـل تصلب شرايين المخ ، كـما قـد يظهر الرُهَاب تلو التـهاب السـحايا أو بعـد اضطرابات الفص الصدغي في المخ والذي أحيانا قد يفجر الخوف على شكل نوبات مـتكررة شبيهة بالنوبات الصرعية ، وأحياناً يبـدأ الرُّهاب مع مرض الفُصَام ، خصوصـاً النوع المعروف بفُصَام المراهقه باستـجابات خوف غامضة وغريبة ، ومعـها بعض الشك والأعراض الزورانية (البارانويدية) مما يحتم علينا وضع ذلك في الاعتبار .

وأخيـراً يظهـر الرُّهاب كأحد الأعـراض القهرية في مـرض الوسواس القهـرى كما سيـتضح في مناقشته . وتعتمد معالجـة تفاعل الرُّهاب على السبب الأولي للمرض الذى نشأ عنه الخوف أو تفاعل الرُهَاب سواء أكان مرضاً نفسياً أو عضوياً .

ولذا نستطيع تعريف تفاعلات الرُهَاب كالآتي :

1 ـ أنها غير متناسبة مع الموقف .

2 ـ لا يمكن تفسيرها منطقياً ،

3 ـ لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً ،

4 ـ تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المسبِّب للرُّهاب .

وتقسم تفاعلات الرُهَاب كالآتي :

(أ) رُهَاب المَيَادين أو رُهاب الساحات والأماكن المتسعة agoraphobia

ويشمل الخوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحـلات أو الزحام أو الأماكن العامة ، أو السفر وحيداً في القطـارات أو الأتوبيســـات أو الطائرات ، ويكون اضطراب الهَلَع سمـة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية . وهو من أشد ضـروب الرُهَاب إعاقة حيث أن بعض الأشخاص يظلون

حبيسي المنزل تماماً . وكثيراً من المرضى يرتعدون من فكرة انهيارهم في مكان عام وتركهم دون مساعدة . ويعد غياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رُهَاب الميا دين أو رُهَاب الساحات . وأغلب مرضى رُهَاب الميادين أو رُهَاب الساحات من النساء ، وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر . كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رُهَاب اجتماعي كسمات إضافية .

(ب) رُهَاب اجتماعي social phobia

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية . ويصاحب المخاوف الاجتماعية الحادة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد . وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد ، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول ، ويكون المريض مقتنعاً أن أحد المظاهر الثانوية يمثل مشكلته الأساسية ، وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هَلَع .

(ج) رُهَاب مُحَدَّد (مُنْفَرِد)

هو رُهَاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل رُهَاب الاقتراب من حيوان ما ، أو رُهاب الأماكن المرتفعة ، أو رُهَاب البرق ، أو رُهَاب الرعد ، أو رُهَاب الظلام ، أو رُهَاب الطيران ، أو رُهَاب الأماكن المغلقة ، أو رُهَاب التبول أو التبرز في مراحيض عامة ، أو رُهَاب تناول مأكولات معينة ، أو رُهَاب زيارة طبيب الأسنان ، أو رُهَاب منظر الدم أو الجروح ، أو رُهَاب التعرض لأمراض معينة . وبالرغم من أن الموقف المثير محدّد بدقة ، إلا أن التعرض له قد يثير الرعب كما هو في حالات رُهَاب الميادين أو رُهَاب الساحات أو الرُهَاب الاجتماعي . وتبدأ أنواع الرُهَاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها ، وتتوقف شدة الإعاقة على السهوله التي يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرُهَابي ، ومن أهم الموضوعات الشائعة في مرضى الرُهَاب المحدد هو رُهَاب التلوث البيئي أو الإشعاعي أو رُهَاب العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً وحديثاً رُهَاب متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) .

المعالجة

تشمل المعالجة النفسية والسلوكية ، والكيميائية ويتم شرحها بالتفصيل في الفصل الخاص بالمعالجة .

4 ـ اضطـراب الوسـواس
obssessive disorder

إن هذا العُصَاب من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً ، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين مجموع السكان يتجاوز توقعاتنا السابقة إذ يصل إلى 2,5% تقريبا .

الوسواس القهري

مرض عُصَابي يتميز بالمظاهر التالية :

1 ـ وجود وساوس تتمثل بشكل أفكار أو اندفاعات أو مـخاوف ، إلى جانب أعراض قهرية في هيئة طقوس أو أفعال حركية مستمرة أو دورية .

2 ـ يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس ، وابتعادها عَن المعقول ، وعلمه الأكيد أنها لا تسـتحق منه هذا الاهتمام « وهنا أهمية تفرقتها عن الوُهَام أو الضلال حيث يؤمن المريض بصحته » .

3 ـ محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس وعدم الاستسلام لها ، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة .

4 ـ إحساس المريض بسيطرة هذه الوسـاوس ، وقوتها القهرية عليه ، مما يترتب عليـه شلل اجتماعي وآلام نفسية ومعاناة شديدة .

وقد زاد الاهتمام بالوسواس الـقهري بعد اكتشاف عدة علامـات فيزيولوجية وكيميـائية وتشريحية يمكن تمييزها بالأجهزة المختبرية الحديثة .

ويظهر اضطراب الوسواس القهري عـادة في الشخصية الوسواسية ، والتي تتـميز بالصلابة وعدم المرونة والتـردد وصـعـوبة التكيف والتـأقلم للظواهر المخـتلفـة مع حب النظام والروتين ، وضـبط المواعيد ، والاهتمام بالتفصيلات ، وأحياناً البطء الشديد .

الأعــراض

1 ـ الأفكار والصور

وهنا تسيطر على المريض فكرة خاصة ، أو صورة لمنظر مُسْـتَلْطَف أو كريه ، أو جمل معينة تتردد على مخه ، أو نغمة موسيقية مستمرة في تفكيره .

2 ـ الاندفاعات

ويشعر المريض هنا بإلحاح مسيطر ، أو برغبة جامحة ، أو باندفاع لأن يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقـاومتها ، ولكن تسـيطر عليه هذه الرغبة باستمرار وبقـوة ، تكون هذه الاندفاعات في هيئة عدوانية أو انتحارية ، فيشعر المريض بالرغبة في إيذاء المارة بالشارع أو دفع أخوته من الشرفة ، أو إلقاء نفسه في الأدوار العليا أو من القطار أو الأتوبيس ، وأحيـاناً اندفاعات مضحكة ، كالغناء في الأماكن المُقَدَّسة أو الضحك في الجنازة ، أو ضرب من يقف أمامه على قفـاه ، أو الرغبة الجامحة في عد وضرب الأعداد الأحادية أو الثنائية إلى ما لا نهاية .

3 ـ اجترار الأفكـار

وهنا تنتاب المريض أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنهـا ، ويحاول التخلص من هذه الأسئلة دون جدوى كالسـؤال التقليدي لماذا نعيش ، ولماذا نموت ... ؟ ولا يحتل تفكيـره سوى هذا السؤال ، أو لماذا لا تحل مشكلة الـفقر في العـالم ؟ أو هل التاريخ صحـيح أو كله أكاذيب وقصـص تختلق على مدى العصور ؟ أو هل أنا أعيش أم أنا في حلم دائم ؟ وأحـياناً قد تأخذ هذه الأفكار صورة أسئلة لا نهائية لا يمكن الإجابة عنها .

4 ـ الأفكار الحركيـة

وهي من أكثر الأعـراض القهرية شيوعـاً ، وتأخذ هيئة الرغبة الجـامحة المسيطرة للقيـام بحركات معقدة معينة للتخلص من إلحاح الفكرة الخـاصة بذلك ، ومن أشهر الأمثلة غـل الأيدي مئات المرات أو غسـيل الجسم المتكرر والمبالغ فـيه بعد عمليـات التبول أو التـبرز أو أثناء فترة الطمث ، ومـحاولة التطهير المستمر من النجاسة .

المعالجـة

1 ـ **المعالجة النفسية** : يحتاج مريض الوسواس القهري للمعالجة النفسية وليس للتحليل النفسي ، وذلك لتفسير طبـيعة الأعراض ، وتشجيعه وطمأنته بأن حـالته بعيدة عن الجنون ، والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية ، مع مـحاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت هذه الأعراض ، والمعنى الرمزي لأعراضه .

2 ـ المعالجة البيئية والاجتماعية .

3 ـ المعالجة الكيميائية :

وقد ظـهرت حديـثاً الأدوية المضـادة للاكتـئاب والتي لهـا خاصـية مـؤثرة على الناقل العصـبي neurotransmitter السيـروتونين (انفرانيل ـ بـروزاك ـ فافارين) وأثبـتت فاعليـتهـا في علاج الوسواس القهـري مقارنة بالأدوية الأخرى المضادة للاكتـئاب والتي تتلخص فاعليتهـا في تخفيف القلق والاكتئاب دون التأثير على الوسواس .

4 ـ المعالجة السلوكية .

5 ـ المعالجة الجراحية .

5 ـ تفاعل الكرب الحاد
acute stress reaction

هو اضطراب عابر ، على درجة هامة من الشدة كتـفاعل لكرب جسمي أو عقلي جسيم ، والذي يخمد عادة خلال ساعات أو أيام . وقد يكون مـسبب الكرب المعاناة من حادث شديد يحمل تهديداً خطيراً لأمان أو سلامة الشـخص أو أحد أحبائه « على سبيل المثال كارثة طبيـعية أو حادث أو اعتداء إجرامي أو اغتـصاب » ، أو تغير مفاجئ في الوضع الاجـتماعي للشخص « على سبـيل المثال موت عدد من الأفراد ، حريق بالمنزل ... إلخ » ، وتظهر الأعراض مـتباينة تبايناً شديداً ، ولكن الأعراض النموذجية تتضمن حالة ابتدائية من الذهول مع بعض الضيق في مجال الوعي والانتباه ، وعدم القدرة على فهم المنبـهات ، وتشـوش الإدراك ، وقد يلي هذه الحالة إمـا انســـحاب withdrwal متزايد من الموقف المحيط « يصل إلى حد فقـــد الوعي التـفارقي أو الانشقاقي » أو تهيج وزيادة نشـــاط « استجابة هروب أو شرود » ، وتشيع أعراض زيادة نشاط الجـهاز العصبي المستقل المميزة لقلق الهَلَع « ســرعة ضـربات القلب ، التعرق ، التورد » ، وتظهـر الأعراض عادة خلال دقـائق من حدوث المنبه أو الحدث المسبب للكرب ، وتختفي خلال يومين أو ثلاثة أيام « وكثيراً في خلال ساعات » وقد يحدث فقدان ذاكرة جزئي أو كلي بالنسبة للنوبة .

6 ـ اضطراب الكرب التالي للإجْهَاد

يظهر هذا الاضطراب كرد فعل متأخر ممتد زمنياً لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية ، وينتظر منه أن يحدث ضيقاً عاماً لأي شخص « على سبيل المثال كارثة طبيعية أو حرب ، حادثة شديدة ، مشاهدة موت آخرين موتاً عنيفاً ، التعذيب ، الاعتقال » .

الأعراض النموذجية تتضمن نوبات من اجترار الحادث من خلال ذكريات رجوعية « ارتجاعات زمنية » مع أحلام أو كوابيس ، والتي تحدث على خلفية مستمرة من الإحساس بالخدر والتبلد الانفعالي ، والانسحاب عن الآخرين ، وعدم الاستجابة للعالم المحيط ، وعدم التمتع ، مع تجنب النشاطات والمواقف التي قد تذكر بالحادث .

7 ـ اضطرابات التوافـــق

هي حالات من الضيق الذاتي والاضطراب الانفعالي ، غالباً ما تتداخل مع الوظيفة والأداء الاجتماعيين ، وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغير ذي دلالة في الحياة ، أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد . وقد يترك الحادث أثراً في تكامل النسيج الاجتماعي للشخص « موت عزيز ، انفصال ، وهجرة ، وضع اللاجئين » أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة في مسـار نماء الفرد « دخول المدرسة ، تجربة الأبوة أو الأمومة ، الإخفاق في الوصول إلى هدف شخصي ذي قيمة عالية ، الإحالة إلى المعاش » .

8 ـ الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) dissociational والتحويلية conversional « الهستيريا »

وتعرف الهستيريا hysteria على أنها مرض عُصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ، ويكون الدافع في هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام ، أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الاهتمام على الفرد من الإجهاد الشديد ، وعادة يظهر هذا المرض في الشخصية الهستيرية التي تتميز بعدم النضوج الانفعالي مع القابلية للتأثر بالإيحاء ، ولا يعني ذلك أن هذا المرض يظهر في الشخصيات الأخرى بل وجد من خلال التجارب السريرية (الإكلينيكية) ، أن كل فرد مهيأ للأعراض الهستيرية تحت الإجهاد strain والكرب stress . ولكن تختلف عتبة الفرد حسب استعداده الخاص ، وحسب شدة الموقف .

وتتميز الشخصية الهستيرية بالآتي :

1 ـ عدم النضج الانفعالي .
2 ـ الانبساطية في المزاج .
3 ـ القابلية للتأثر بالإيحاء .
4 ـ الأنانية مع حب الظهور .
5 ـ عدم التحكم في الانفعال .
6 ـ فقد الاستقرار الجنسي .
7 ـ القدرة على الانفصال في الشخصية .

التصنيف السريري (الإكلينيكي) للأعراض الهستيرية

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحياناً الفرد السوي للكرب والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيرية التي يمكننا تصنيفها إلى نوعين :

1 ـ الاضطرابات التحويلية conversion disorders أي بتحول القلق والصراع النفسي بعد كبته إلى عرض عضوي أو جسمي ، ويكون له معناه الرمزي ، ويكون ذلك بطريقة لا شعورية، ولا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة ، وينفصل هنا السبب عن العرض . ولا يستطيع المريض أن يربط بين أعراضه وظروفه البيئية .

2 ـ الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) dissociative disorders وتنفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى يقوم أثناءها بتصرفات غريبة عنه ، أو يفقد أثناءها ذاكرته ، وذلك للهروب من مواقف مؤلمة نفسياً أو لاجتلاب اهتمام أو رعاية خاصة .

(أ) الاضطرابات التحويلية
conversion disorders

1 ـ **الشلل** paralysis : وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية شيوعاً ، ويأخذ عدة مظاهر ؛ فمن شلل في أحد الأطراف إلى شلل نصفي في الذراع والساق ، إلى شلل بالساقين وأحياناً شلل بجميع الأطراف . وتكون العضلات أحياناً في حالة تيبس كامل ، وأحياناً أخري في حالة رخاوة شديدة ، وبصبح المريض غير قادر على الحركة ، وعلينا هنا أن نميز بين هذا الشلل ، والشلل العضوي ، إذ أن الشلل العضوي يتميز بتغير في المنعكسات العميقة deep reflexes مع نحول في الأطراف المصابة ، أما مريض الهستيريا فلا يستطيع تحريك الذراع بأكمله .

2 ـ **الحُبْسَة** (فقدان الصوت) aphonia : يأتي المريض هامساً ، لا يستطيع الكلام بل يفتح فمه دون أن يصدر منه أي ذبذبات صوتية . ويعبر عن نفسه بالإشارة ، وبالطبع يجب أن نميز هذه الحالة عن الحالات العضوية ، وذلك بأن نسأل المريض أن يسعل فإذا أصدر صوتاً ، فإن ذلك يعني أن الثنيات الصوتية في حالة جيدة وأنها تتحرك وبالتالي نستنتج أن الحالة هستيرية .

3 ـ **الرُّعاشات** tremors : وأحياناً يصحب رعُاش الأيدي رجفة أو هزة في الرأس أو كل الجسم ، وتختلف صفات الرعاش هنا عنها في القلق العُصَابي والاكتئاب وزيادة إفراز الغدة الدرقية والشلل الاهتزازي وغيرها من الأمراض العضوية .

4 ـ **العَرَّة** tic : ونعني بها هنا أي حركة عضلية فجائية منتظمة ، تزداد في المواقف الحرجة ، وتأخذ العرَّة tic عدة مظاهر ، فمن رجفة في عضلات الوجه ، إلى ارتعاش في جفون العين إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب أو إلى الأمام أو إلى الوراء ، وتتضمن كذلك المبالغة في حركة اليدين أو اللعب بالشارب .

5 ـ **النوبات الهستيرية** hysterical fits : وهي من أكثر الأعراض شيوعاً ، خاصة في الشخصيات الهستيرية ، وتتراوح شده هذه النوبات من إغماءة بسيطة إلى تهيج عصبي مع تحطيم المصاب كل ما أمامه ، وأحياناً تأخذ طابعاً مميزاً ، ويصعب تفريقها من النوبات الصرعية ، والتمييز بين النوبات الهستيرية والصرعية له آهميته البالغة نظراً لاختلاف العلاج والوقاية وطبيعة العمل في الحالتين ، وتتميز النوبة الهستيرية بالآتي :

(أ) تحدث عادة في وجود الكثير من الأقرباء ، تلو أزمة انفعالية ، بعكس النوبة الصرعية التي تنتاب المريض فى أي وقت بغض النظر عن المشاهدين وأحياناً أثناء النوم .

(ب) لا يؤذي المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية ، كما يحدث في الصرع من عض اللسان ، وقطع الشفة وكسر الأسنان أو العظام أو الوقوع على آلة حادة وإصابة المريض .

(ج) نادراً ما يتبول المريض على نفسه أثناء النوبة الهستيرية ولكن غالباً ما يحدث ذلك في الصرع .

(د) تأخذ النوبة الصرعية شكلاً مميزاً ، فتبدأ بصرخة من المريض يعقبها وقوعه فجأة على الأرض مع تيبس وتخشب كامل في كل جسمه ، ثم تبدأ عضلاته في الاختلاج بشدة ، يعض أثناءها لسانه أو يتبول على نفسه ويزرق لونه ، ثم يبدأ بعد ذلك في التنفس بشدة مع ظهور الزَّبد على الشفتين ، أحياناً يصحبها بعض الدم ، ويستمر المريض في غيبوبة بعد ذلك لمدة دقائق تمتد أحياناً إلى نصف ساعة ، يفيق بعدها في حالة صداع ونعاس وإرهاق جسمي تام ، ولا نستطيع أن نوقف هذا

التتابع من الظواهر السريرية (الإكلينيكية) بأي تدخل منا ، أما في النوبة الهستيرية فيقع المريض على الأرض دون أي أذى . وأحياناً تزيد سرعة تنفسة وتتشنج أطرافه ولكن لا يتغير لونه ، وإن لمسه أحد فإنه يثور ويتهيج ويكسر ما حوله ويخبط برجليه في الأرض ، ثم يفيق بعد ذلك فجأة في حالة سليمة سوية بعكس الصرع . وما نراه لدى كثير من السيدات اللاتي يصيبهن إغماءات بعد انفعالات شديدة ، ثم يعدن لوعيهن بعد شم الروائح أو النشادر ، ما هو إلا نوبات هستيرية .

6 ـ **الغيبوبة الهستيرية** hysterical coma .

7 ـ **التهاب الجلد المصطنع** dermatitis artefacts .

8 ـ **المشية الهستيرية** hysterical gait .

9 ـ **الصَّعَرَ (اعوجاج الرقبة)** torticollis .

10 ـ **اضطرابات حسية**

(أ) الخدر (فقد الحس) anaesthesia .

(ب) العمى الهستيري hysterical blindness .

(ج) الصمم الهستيري hysterical deafness .

(د) فقدان التذوق أو فقدان الشم الهستيري .

(هـ) الآلام الهستيرية .

11 ـ **اضطرابات حشوية** visceral disorders

(أ) الصداع .

(ب) الغثيان والقيء الهستيري .

(ج) الحمل الكاذب pseudocyesis .

(د) فقد الشهية العصبي (القـهَمَ) أو فَقْدُ الشهية العصبي anorexia nervosa ، يبدأ هذا المرض خاصة في المراهقات ، ونادراً ما يصاب به الرجال بعد محاولة لإنقاص الوزن ، ويظهر المرض بعد صراع نفسي بشأن الخطوبة أو الزواج ، أو خيبة أمل بالنسبة لعمل ما ، ومن الناحية التحليلية يبدو الكثير من تلك المريضات وكأنهن يربطن بين البدانة والحمل ، وبالتالي بالجنس الذي ينفرن منه ، ويحاولن كبته ، وتعاني مريضات فقدان الشهية العصبي عادة من البرود الجنسي .

وتدل الأبحاث الحديثة على وجود خوف مرضي من زيادة الوزن ، وكذلك اضطراب في إدراك المريضة لحدود جسمها ، إذ أنها ترى نفسها بالرغم من الهزال الشديد وكأنها طبيعية أو تميل إلى السمنة . وحتى الآن لا يوجد علامات واضحة في اضطراب إفراز الغدد الصماء إلا بعض هرمونات الوطاء hypothalamus ، وإن كان البعض يعتقد أنها ثانوية للهزال وليس لها الدور الأساسي .

ويتميز المرض بالآتي :

(أ) رفض الطعام ومقاومته بكل الطرق على الرغم من جميع المغريات ، وأحياناً بأخذ المسهلات أو بوضع الإصبع في الفم لتحريض القيء .

(ب) توقف الطمث .

(ج) فقدان الوزن الواضح لدرجة الهزال .

(د) السعال الهستيري .

(هـ) البرود الجنسي وعسر الجماع والتشنج المهبلي .

(و) التجشوء ، الفواق ، انتفاخ البطن ، اللقمة الهستيريه في البلعوم .

(ب) الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية)
dissociative disorders

1 ـ **فقد الذاكرة amnesia** وهو من أهم الحيل الدفاعية اللاشعورية التي يلجأ إليها الإنسان عند مواجهة الشدائد ، وفقد الذاكرة عملية نشيطة لا يعني بها مجرد النسيان ، وعادة ما يفقد المريض ذاكرته فجأة . وأحياناً يستمر ذلك لمدة ساعات أو أيام أو شهور ، ولا مانع من أن يتصرف أثناء هذه الفترة كأي إنسان سوى إلا أنه فاقد الذاكرة بالنسبة لبعض الأحداث .

2 ـ **الشرود fugue الهستيري** ويبدأ بتغير واضح في الوعي ، ويبدو المريض وكأنه مدفوع بقوى داخلية للإتيان بأعمال وحركات بعيدة عن طبيعته ، ويتجول المريض في الأماكن المختلفة ، ويقوم بمختلف أنواع النشاط مع فقدان الذاكرة لما أتى به من أعمال .

3 ـ **تشوش الوعي والهَذَيَان الهستيري .**

4 ـ **الغشية (التجلي) والتلبس (المس) .**

5 ـ **السير أثناء النوم .**

6 ـ **تعدد الشخصية multiple personalities** يخلط البعض بين مرض الفُصَام وبين ازدواج الشخصية الهستيرى المنشأ ، وذلك خطأ فادح ، إذ أن الفُصام مختلف في أسبابه ونشأته ، أما ازدواج الشخصية فيظهر على شكل شخصية أو شخصيتين مرضيتين تقوم كل منهما بما لا تستطيع القيام به الشخصية الحقيقية ، ولا تتذكر الشخصية المرضية حقيقتها ، وعندما تعود إلى شخصيتها الأصلية فإنها تتعجب لما يحدث لها وتطلب العلاج النفسي .

7 ـ الخَرَف الكاذب الهستيري (متلازمة جانسر Ganser Syndrome) hysterical pseudodementia يظهر ذلك المرض بين المسجونين ، والمعتقلين ، والمنتظرين للمحاكمات أو تحت تأثير أي إجهاد بيئي ، ويعاني المريض من أعراض وأهمها تصرفات صبيانية ، واستجابات خاطئة لأسئلة بسيطة وواضحة ، وتحمل الإجابة هنا فهم المريض لمعنى السؤال ، ولكنها تكون ملتوية وبعيدة عن المطلوب .

المعالجة

تتلخص المعالجة في الآتي :

1 ـ الكشف عن العوامل الدفينة اللاشعورية المسببة للأعراض ، ومعنى هذه الأعراض بالنسبة للمريض ، يمكن ذلك إما بالعلاج النفسي أو تحت تأثير التخدير من خلال حقنة في الوريد (أميتال الصوديوم) . ذلك لتسهيل عملية التفريغ النفسي .

2 ـ الإيحاء بالشفاء والحل العملي للصراعات النفسية بطريقة غير مباشرة ، دون أن يأخذ المعالج دور الواعظ أو المرشد ، أو حتى طريقة إيجابية بحتة ، بل يجب إعطاء المريض الفرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة .

3 ـ نلجأ أحياناً إلى الإيحاء بواسطة المنبهات الكهربائية على المخ ، أو على الطرف المشلول خاصة في حالة الحُبْسة ، انعدام الإحساس ، الشلل . . الخ .

9 ـ اضطرابات الجَسْدَنَة

somatization disorders

السمات الرئيسية هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالباً متغيرة ، تستمر لمدة عامين على الأقل ، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل ومعقد من خلال الخدمات الصحية الأولية والمتخصصة ، يكون في أثنائه قد أجريت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها ، وقد تكون الأعراض خاصة بأي جزء أو جهاز من الجسم .

ومسار الاضطراب مزمن ومتذبذب ، وكثيراً ما يصاحبه اختلال طويل المدى في السلوك الاجتماعي والشخصي والعائلي .

10 ـ اضطراب توهم المرض (المراق)
hypochondriasis

السمة الأساسيـة هي انشغال دائم باحتمال الإصابة بواحد أو أكـثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفـاقمة ، يعبـر عنه بشكاوى جسدية مـستمرة . وكـثيراً ما يـفسر الشخص الأحـاسيس والمظاهر الطبيعـية والعادية باعتبـارها غير طبيعـية ومزعجة ، كـما يركز الانتبـاه عادة على واحدة أو اثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم . وقد يذكـر المريض اسم المرض الجسمي الذي يخشاه ، ومع ذلك فإن درجة اقـتناعه بوجـود المرض والتركـيز على اضطراب بعـينه دون اضطراب آخر تتـباين عـادة ما بين الاستـشارات الطبيـة ، وعادة ما يتبين المريض احـتمال وجـود اضطرابات بدنية أخرى بالإضـافة إلى الاضطراب الأساسي . وغالباً ما يكون الاكتئاب والقلق مصاحبين للمراق .

11 ـ اضطراب الألم المستديم الجسدي الشكل
persistent somatoform pain disorder

الشكوى الأساسية هي ألم مستمر شديد ومزعج لا يمكن تفسيره تماماً بواسطة عملية فيزيولوجية أو اضطراب بدني . ويحدث غـالباً مرتبطاً بصراع عاطـفي أو مشكلات نفسية اجـتماعية تـكفي شدتها لاسـتنتاج أنهـا المؤشرات المسـببـة الرئيسـية . وينـتج عن ذلك زيادة شديدة في المسـاندة والاهتمـام الشخصي أو الطبي .

12 ـ الوَهَـــنُ العَصَبيّ
neurasthenia

توجد تنوعات كبيرة في الشكل الذي يتـخذه ظهور هذا الاضطراب ، ويوجد منه نوعان يتطابقان بدرجة لا بأس بهـا . إحداهما تتمـثل سـمته الأساسـية في الشكوى من زيادة التعب بعـد أي جهد عقلي . وعادة مـا يصاحبه انخـفاض في الأداء الوظيفي أو الكفاءة فـي التعامل مع المهام اليـومية . ويوصف الوهن نموذجياً بأنه تداخل مزعج من متلازمات أو استرجـاعات ومشقة وصعوبة في التركيز وتفكير غـير كفء بشكل عام ، أما في النوع الثـاني فإن التركيـز يكون فيه على أحاسـيس بالضعف الجسدي أو البدنـي والإجهاد فقط بعد أقل مجهـود ، وتصاحبه أحاسيس بالأوجـاع والآلام العضلية وعدم القدرة على الاسترخاء . وفي كلتـا الحالتين تشيع مشاعر جسمية أخرى مزعـجة ومختلفة مثل الدوخة وصداع التوتر ، وإحســاس عام بعدم الثبات ، كذلك يكثر الانزعاج بـشأن انخفاض الكفاءة

العقلية والجسمية والنزق ، وانعدام اللذة ودرجات خفيفة الشدة ومتفاوتة من كل من الاكتئاب والقلق . وعادة يكون النوم مضطرباً في أطوار النهك العصبي الأولي والمتوسط ولكن فرط النوم قد يكون بارزاً أيضاً .

13 ـ متلازمة تَبَدُّد الشخصية ـ الغربة عن الواقع (تَبَدُّل إدراك الواقع)

depersonalization-derealization syndrome

هو اضطراب يشكو فيه الشخص تلقائياً من تغيير كيفي في نشاطه العقلي والجسدي وفي العالم المحيط به ، بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية ، بعيدة أو آلية . وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به وأن جسمه يبدو مفتقداً الحياة أو معزولاً أو غريباً بشكل أو بآخر ، وأن العالم من حوله يبدو مفتقد اللون والحياة ومفتعلاً ، وأن الحياة تبدو كمسرح يتبادل عليه الناس تمثيل الأدوار . وفي بعض الحالات ، قد يشعر الشخص وكأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت .
وتعتبر الشكوى من فقدان المشاعر هي أكثر الشكاوى معدلاً بين هذه الظواهر المتعددة ، وقليل من المرضى يعيشون هذا الاضطراب في شكله المنفرد ، أما الأكثر شيوعاً فهو أن يحدث تبدد الشخصية والغربة عن الواقع أو تَبَدُّل إدراك الواقع ، والعالم الخارجي في إطار أمراض اكتئابية واضطراب الرُهَاب واضطراب الوسواس القهري . كذلك فقد تحدث بعض عناصر المتلازمة في أفراد أصحاء عقلياً أثناء حالات التعب أو الحرمان الحسي أو التسميم بأدوية الهلوسة ، أو كظاهرة سابقة على النوم مباشرة أو تالية للاستيقاظ مباشرة . كذلك فإن مظاهر متلازمة تبدد الشخصية والغربة عن الواقع أو تَبَدّل إدراك الواقع تتشابه مع ما يعرف باسم « خبرات الاقتراب من الموت » المصاحبة للحظات الخطر الشديد على الحياة .

اضطـرابات الشخصية
personality disordres

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذة الدكتورة سهام راشد
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

تعريـف الشـــخصية

الشخصية هي ذلك النمط السلوكي الذي يميز الفرد عن غـيره ، ومن المعتاد أن تبدو بعض سمات الشخصية منذ الطـفولة المبكرة ، فالأهل قد يصفون أحد الأبناء أنه اجتمـاعي منذ نعومة أظفاره ، أو أنه مشاغب ومزعج منذ الطفولة الأولى .

وهناك العديـد من السمات التي تتـشابك وتتـفاعل مع بعـضها ليـصبح لكل فـرد نمط معين من الشخصية ، كما يوجد العديد من هذه الأنماط السلوكية .

إن الأشخـاص الأسوياء قـد يتسـمون ببـعض السمـات، أو التصـرفات التي تصـادف في حالات اضطرابات الشـخصية ، ولكن هذه التصرفات أو السمـات تكون بدرجة بسيطة ، كما أن عواقبها أو نتائجها ليست مدمرة أو معوقة لمسيرة الحياة الطبيعية مثل نظيرتها في اضطراب الشخصية .

تعريــف اضطرابـــات الشخصية

هو ذلك الاضطراب السلوكي الذي يبدو كـعدم تكيف في الحيـاة ، وخاصة مع صغـوط الحياة ، ويبدأ عادة في الطفولة والمراهقة ، ويعـوق علاقات الفرد الاجتماعية كـما يؤثر على إنتاجه في العمل ويتميز بعدم المرونة .

قد يتبين المحيطون بمريض اضطراب الشخصية أن هناك شيئاً غير مريح في التعامل معه ، ويصعب عليهم تحديد ما هو ، بل قد يتشككون في أنهم السبب في ارتبـاك علاقتهم به ولكن قلما يقتنعون أنه مريض نفسي ، وعلى هذا قد لا يتجه تفكيرهم إلى طلبهم للمعالجة .

كذلك نجد أن الشخص المصاب باضطراب الشخصية كثيراً ما يصرح بعدم الارتياح وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة منذ طفولته ، إلا أنه أيضاً لا يطرق باب العلاج إلا متأخراً تحت حدوث ضغط من ضغوط الحياة ، أو عند مواجهة أزمة من الأزمات (مثل أزمة اختيار زوجة أو أزمة طلاق أو فشل في العمل) ، وهنا نجد أنه قد يشكو من أعراض اكتئاب أو قلق أو أعراض نفسية جسمية ، ولكن عند البحث بعمق في تاريخه السابق يبدو الاضطراب الأعمق وهو اضطراب الشخصية .

الأسـباب

1 ـ الوراثـة

تلعب الوراثة دوراً هاماً ، إذ أن هناك بعض الأنواع من اضطراب الشخصية متوارثة في بعض العائلات ، مثل الشخصية القلقة ، وفيها وراثة اضطراب الجهاز العصبي اللاإرادي الذي يكون أساساً للاستجابات المضطربة في الأشخاص القلقين ، كذلك الشخصية الحَدِّيَة (البينَ ـ بينية)، ونجد أنه غالباً ما يكون أحد الوالدين مصاباً بها ، وفي هذا النوع يبدو ضبط النفس والتحكم الانفعالي في حالة عدم نضج ، ويشكل أكبر مشكلة في عدم تكيف الفرد .

2 ـ البيئـة environment

يؤثر الوالدان في الطفل من حيث طريقة تربيتهما له ، فهما القدوة ، ومن المتوقع أن يتقمص بعض سمات شخصياتهما . كما أنهما من خلال الثواب والعقاب وإبداء وجهات النظر في أمور الحياة المختلفة تتكون وجهات نظر الطفل ، وتتشكل سمات ومميزات شخصيته وكأنه امتداد لهما ، فمثلاً المثابرة والاستمرارية للوصول إلى هدف تحتاج إلى توجيه وتعليم ، فإذا حرم الطفل من هذا التوجيه في الصغر نشأ قليل العزيمة والإرادة ، وأصبح من السهل إحباطه وفشله .

ولابد من التعلم التخصيصي عند التعامل مع الآخرين وتقدير رغباتهم واحتياجاتهم مع تقدير رغبات واحتياجات الطفل ، حيث أن جميع الأطفال في مراحل السن الأولى لا يهمهم إلا أنفسهم وتحقيق رغباتهم بأي ثمن وبأي طريقة .

ويعد عدم اكتساب فن التعامل مع الناس والذي يتضمن « الأخذ والعطاء » ، أحد جذور اضطراب الشخصية ، والذي قد يؤدي إلى اضطراب العلاقات . فمثلاً قد لا يستطيع الفرد « العطاء » أو يخاف من « الأخذ » وينتج من ذلك أن علاقاته لا تستمر ، وتضطرب ، وتكون غير مُرْضِيَة له قبل أن تكون غير مُرْضِيَة للآخرين .

أنـــواع اضطرابات الشـخصية

Kinds of disorders of personality

يوجد العديد من أنواع اضطرابات الشخصية وسوف نصف البعض منها :

1 ـ اضطـرابات الشخصية الاجتنابية
avoidant personality

أهم ميزاتها : التوتر والقلق المستمر ، عدم الشعور بالأمان ، والشعور بالنقص مع وجود حساسية زائدة للنقد من الآخرين ، وتكون الثقة بالنفس مزعزعة ، ومن السـهل أن يفقد الفرد حماسه للعمل لو قابلته مشكلة أو معوق .

كما أنه يحتاج إلى الصحبة الدائمة لكي يشـعر بالاطمئنان ، ونظراً لشعور القلق وتضخيم الأمور من حيث احتمال حـدوث مخاطر في الحياة اليومية فقد يتـجنب الفرد الكثير من الأنشطة . ومما يميز الشخص القلق أن له جهازاً عصبياً لاإرادياً يتسم بدرجة عدم ثبات قد تظهر في صورة برودة الأطراف مع وجود عرق طفيف جداً بالكفين باستمرار .

2 ـ اضطراب الشخصية القهرية (الشخصية الوسواسية)
compulsive (obsessive) personality

يعد كل من النظام والكمال والنظافة واحترام المواعـيد أهم شواغل الشخص القهري إلى جانب أن التردد في اتـخاذ القرار طلبـاً للوصول إلى القـرار المثالي قـد يؤدي إلى عدم اتخاذ القـرار في الوقت المناسب . وعلى هذا نجد أن الشخص القهري يتردد عند اخـتيار نوع الدراسة أو الوظيفة ، أو يحاول التغيير بعـد اتخاذه القرار ، كما أنه يتأخر في اتخاذ قرار الزواج حـتى يتجاوز سن الأربعين . ينشغل الشخص القهري بوظائف جسمه خاصة الجهـاز الهضمي مثل كمية الطعام وأنواع الطعام التي يتناولها أو عدد مـرات التبرّز وتوقيـتها ، وقـد ذكر شخص قهـري أنه يأكل نفس أصناف الطعام بعـينها في الإفطار والعشاء منذ 15 عامـاً ، ينشغل بالتفاصـيل الدقيقة فـي معظم المواضيع مما يضيع من وقـته وطاقتـه ما يمكن أن يفيـده فيمـا هو أهم . يتمتع هذا الشـخص بضميـر حي ويحاول أن يصل إلى الكمال .

هذا النمط من الشخصية يصعب عليه التعبير عن انفعـاله لمن حوله مع أنه يهتم به ، كما يصعب عليه صـرف المال حتى أنه يبـدو بخيـلاً لمن حوله ولكنه يفـسر ذلك على أنه حـرص « والحرص واجب » ، والعناد والحذر من الصفات التي تجعل التعامل معه صعباً في بعض الأوقات .

هذا النمط القهري هو المعتاد ، ولكن يوجد نمط قهري آخر يمكن أن تفسر خصائصه أنها « رد فعل » للسمات السابقة ، فيتميز الشخص بعدم النظام أو الترتيب ، كما يهتم بالنظافة الخارجية في الملبس مع إهمال النظافة الداخلية ، يكثر من صرف المال فيبدو كأنه مجبر على التخلص من المال فور وصوله إلى يديه ، أو التخطيط للصرف قبل وصول المال ليديه فعلاً . كما أنه يتأخر دائماً عن ميعاده ، أو يصل كآخر فرد في حضور اجتماع أو احتفال

3 ـ اضطراب الشخصية الهستيرية
hysterical personality

هي شخصية اجتماعية من السهل الإيحاء إليها أو استهواؤها ، وتتقلب بسهولة مع الظروف . وانفعالاتها غير ناضجة من حيث عدم ثبات الانفعال أو زيادة كميته بالنسبة للمواقف المختلفة ، مع ضحالة المشاعر تجاه الآخرين فالعطاء للأبناء أو الزوج محدود . كما أن تحملها للمسؤولية ضعيف فهي دائمة الاعتماد على الغير وعلى لفت النظر . ويعتبر التحايل سمة هامة تحقق للشخصية الهستيرية كثيراً من رغباتها على حساب الآخرين الذين يضطرون إلى التنفيذ .

تتميز الشخصية الهستيرية بالمبالغة في وصف متاعبها أو وصف المواقف أو الأحداث التي تمر بها . كما أنها استعراضية في الملبس من حيث اختيار الألوان أو كشف أجزاء من الجسم أكثر من اللازم تبعاً للموضة ورغبة منها في لفت النظر ، وعلى هذا نجد أن الأنثى تجذب الرجال إليها ولكن عند الزواج يتبين أنها مصابة بالبرود الجنسي .

4 ـ اضطراب الشخصية الزَوَرَانية (البارانويدية)
paranoid personality

إن ثقة صاحب هذه الشخصية بالناس محدودة ، وهو يميل للتشكك بدرجة أكثر من العادي في نواياهم . ثقته بنفسه تبدو عالية وتحمل طموحاً كبيراً مع أنه داخلياً لا يتقبل عيوبه .

وهو يرى أن النفس هي مركز العالم ، فالرؤيا لكل شيء من خلال ما يعود على النفس من فائدة أو ضرر ، وهو مفرط الحساسية في التعامل مع الآخرين ، فلا يتقبل أي نقد أو ملحوظة ، بل أنه أحياناً يترجم الكلام العادي أو الفعل البريء على أنه تحقير أو رفض أو مناصبة العداء له ، فهو يفهمه ويفسره بطريقة تميل إلى تشويه الواقع . وقد يصبح بعض هؤلاء المرضى عدوانين ولجوجين ، وقد يشعر أحدهم بالغيرة عن حوله ، ويحسدهم على تفوقهم . ولكي نتعامل معه يجب أن نكون صادقين وواضحين في كل تصرفاتنا ، فيشعر بالأمان ولا يتشكك في تصرفاتنا .

5 ـ اضطراب الشخصية شبه الفُصَامية
schizoid personality

يتميز الفرد بالهدوء مع الحساسية المفرطة ، فهو يفضل التأمل والقراءة لأن معظم وقته يكون منفرداً بنفسه ، فهو قليل الأصدقاء وإذا صادق شخصاً ما لم يفتح له قلبه أو يطلعه على سره ، فهو لا يظهر مشاعره تجاه الآخرين فيظلمه البعض بأنه بارد المشاعر .

كما أنه خجول في تعامله مع الناس ويبتعد عن المجتمعات أو الحفلات . يفضل أن يعمل منفرداً ولا يحتك بأحد ولا يهتم كثيراً بالمدح أو النقد الموجه إليه .

6 ـ اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع
dyssocial personality

تتصف هذه الشخصية بتجاهل التزامات وتقاليد المجتمع ، مع عدم الاستفادة من التجربة ، وعلى هذا يتكرر الخطأ العديد من المرات ، وكلما كبر الفرد في السن ازداد عنف وخطورة أخطائه ، مما يؤدي به إلى الوقوع تحت طائلة القانون .

وعلى هذا يشكل هذا النوع من اضطراب الشخصية مشكلة للمجتمع ككل ولأسر المرضى خاصة ، ومع أن الخطأ يتكرر ويتبعه العقاب إلا أن المريض لا يتعلم ولا يستفيد من خبراته السابقة بما في ذلك العقاب ، وهذا يشير إلى أن هذا الشخص يعاني من نقص في وظيفة « الأنا الأعلى » أو « القاضي » الذي بداخل كل فرد ، والذي يجعل الفرد يتحكم في اندفاعاته ورغباته ويحققها بطريقة سليمة وليس على حساب الغير .

نظراً لفقدان المشاعر نحو الآخرين ، والعنف المتهور ، وعدم الاكتراث المتصلب ، نجد أن المريض قد يتورط في سرقة أو في أفعال جنسية شاذة أو في تعاطي كحول أو أدوية ويتكرر ذلك مما يؤدي أحياناً إلى دخول السجن .

إن درجة القلق والشعور بالذنب ضعيفان إلى درجة أنهما يكونان منعدمين ، مع ضعف احتمال الفرد للإحباط ، وقد يلوم الآخرين مع تقديم مبررات خادعة لسلوكه .

7 ـ اضطراب الشخصية الاتّكالية
dependent personality

يتسم هذا الاضطراب بكثرة الاعتماد على الآخرين مما يجعلهم يتخذون مسؤولية القرارات الهامة في حياة المريض ، كما يتنازل المريض عن رغباته واحتياجاته فيرضخ لرغبات من يعتمد عليهم .

يشعر المريض بالخوف أن يتخلى عنه الآخرون ويحتاج للتطمين المستمر منهم . كما يشعر بالعجز وانخفاض الروح المعنوية وأنه يفتقد القوة والقدرة على الاحتمال . ويلقي اللوم على الآخرين إذا حدثت محنة أو شدة .

8 ـ اضطراب الشخصية غير المتزنة انفعالياً

يتسم هذا النوع من الاضطراب بعدم استقرار المزاج ، والميل الشديد للتصرف المندفع دون اعتبار للعواقب مع قابلية حدوث ثورات متطرفة من الغضب الذي قد يؤدي إلى العنف خاصة إذا انتقد أو احبط الفعل المندفع .

وهناك نوعان من هذا الاضطراب :

(أ) النوع النَّزَقي (المندفع) : يتميز بعدم استقرار المزاج وعدم القدرة على التحكم في السلوك ، مع حدوث نوبات عنف أو تصرفات تهدد المحيطين به خاصة إذا انتقدوه .

(ب) النوع الحدِّي (البين َبيني) borderline personality : الاندفاع من الخصائص الهامة للشخصية الحدية (البين بينية) ونتيجة لذلك نجد التورط في الإدمان أو الجنس أو محاولات الانتحار المتكررة عند حدوث أي إحباط أو معوق أو صراع في الحياة (طالب في الثانوية العامة حاول الانتحار 18 مرة في فترة أربعين يوماً) .

وهو يبدأ بالانفعال الغالب المتمثل بالغضب المستمر من كل شيء ، ويليه شعور الاكتئاب وعلى هذا تضطرب العلاقات بالآخرين .

الشخصية الحدِّية (البين بينية) اجتماعية بدرجة واضحة ، فهي لا تحتمل الوحدة ، ومع ذلك يمكن وصف العلاقات بالآخرين أنها سطحية ومذبذبة ، فقد تنهي الصداقة لمجرد سبب تافه . مفهوم الفرد عن الآخرين يتأرجح بين النقيضين ؛ المبالغة في تقديرهم ، ويعقب ذلك الحط من قدرهم ، فالمريض لا يمكنه أن يتقبلهم كوحدة تحمل بعض الميزات وكذلك العيوب . مفهوم الذات لدى الشخصية الحدية (البين بينية) غير ثابت ومضطرب ما بين شعور بعدم الثقة والتفخيم للنفس . التحصيل الدراسي مضطرب ، والتغيب عن العمل كثير ومستمر رغم حدة الذكاء .

قد تحدث نوبات ذُهَان قصيرة المدة (لعدة أيام) أثناء ضغوط الحياة ، تكون أعراضها مشابهة إلى حد ما للفُصَام أو الهَوَس أو الاكتئاب أو « نوبات غضب » شديدة يحدث معها « تفكك » في الوعي وبعدها ينسى المريض معظم ما حدث أثناءها .

9 ـ اضطراب شخصية غير محدد

(أ) الشخصيـة العدوانية اللافاعلة passive - aggressive personality : يتسم الشخص العدواني بممارسة عدوانيـة بطريقة سلبية ، فهو لا يتشاجر ولا يفقـد سيطرته على نفسه بالغضب بل يستـخدم شخصـاً آخر كمخلب قط ليـضايق به من حوله ، ويتـحكم فيهم ، وهنا يشعـر الآخرون بالإحباط الشديد تجاهه وكذلك بعدوانه .

سلبية العدوانية تبدو في عدم حضور اجـتماع بدون اعتذار ، أو امتناعه عن إبداء رأيه ، أو ادعائه عدم المعرفة مع أنه على معرفة كاملة بالموضوع .

التســـــويف والتأجيل من أهم سماته ، مـثل الموظف الذي يرد بهدوء دائماً على العميل « تعال غداً » . ويتحايل على من حوله لتنـفيذ رغباته ، وبهدوء يجعلهم يفعلون ما يريد ، فـدائماً مصلحته في المقام الأول ودائماً يضعهم في ظروف تجبرهم على تنفيذ ما يريد .

وصاحب هذه الشخصية يحمل داخله كمية كبيرة من العدوان ، ونظراً لعدم نضجه فإنه لا يستطيع التعبـير عنه بشكل صريح ، فيتصـرف بسلبية شديدة تؤدي إلى غيظ شـديد لدى الآخرين . إذا كان الشخص السلبي في مركز رئاسي أو يتعامل مع من هم أقل منه تكون معاملته لهم جافة وغير لائقة .

(ب) اضطراب الشخـصية النرجسـية narcissistic personality : هذا النوع من اضطراب الشخصيـة يتميز بالتعالي مع المبالغة في وصف الفـرد للمواهب (التي يراها هو فقط) ، وعلى هذا يميل إلى التفاخـر بما يمتلك من تحف أو ممتلكات أو معلومات ، وفي الوقت نفـسه يقلل من شأن من حوله حتى يضع نفسه هو في القمة والجميع أقل منـه ، لا يحتمل النقد وقد يتجهم سريعاً لو أبديت له ملحوظة صادقة عن تصرف خاطئ قـد قام به ؛ وفي نفس الوقت قد يجرح بشدة من هم أقل منه مركزاً لو أخطأوا ..

يعزو لنفسـه أشياء كثيرة خـاصة الإنجازات الهامة مع أن غيـره هو الذي قام بها ، وذلك يوضح خلطه للواقع مع تخيله أنه مؤثر في كل شيء .

إذا كان في مجال العمل عدد من الأعمال الـتي يجب أداؤها يختار ما يظهره ويجعله محط أنظار من حوله ، ويتهرب من العمل الجاد الذي لن يغذي غروره . من المعتاد أن نجد أن الشخص النرجسي ناجح وظريف ، وعنده قدر كبير من المال ، ولدى الاقتراب منه نجد أنه يفتقد عمق المشاعر ودفأها ، وعلى هذا إذا كان متزوجاً فمعظم العناء يقع على الزوجة التي ترهق في علاقتها معه من كثرة عطائها له مع عدم الرد عليها بالمنيل من العواطف .

معالجـــة اضطـــراب الشخصية

1 ـ المعالجة النفسية الفرديـــة

تهدف المعالجـة إلى مساعدة المريض كي يتفهم تصـرفاته مع الآخرين ونتائجها ، كـما تهدف إلى التقليل من التكيف السيء في مواقف الحياة المختلفة .

2 ـ المعالجة النفسية الجماعية

يستفيد المريض في هذا الأسلوب العلاجي من المعـالج بالإضافة إلى استفادته من المرضى الآخرين وردود فعلهم تجاهه أو توجيهاتهم له .

3 ـ المعالجة الدوائيـــة

قد يحـتاج المريض إلى المهـدئات الكبرى أو مضـادات الاكتئـاب لفترات من الـوقت تبعاً لحـالته الانفعالية . كما أن دواء الكاربامازبين Carbamazepine (وهو مضاد للصرع) قد ينفع لكي يعطي درجة ثبات انفعالي في بعض الحالات من اضطراب الشخصية .

اضطرابـــات النـــوم
sleep disturbances

الأستاذ الدكتور إدريس الموسوي
الأستاذة الدكتورة أميرة سيف الدين

يقضي الإنسان ثلث عمره في النوم ، الذي هو عامل حيـوي لقيام الفرد بنشاطه الجسمي والنفسي خير قـيام ، واضطرابات النوم متعددة وتصنف إلى : الأرق (صعـــوبة الدخول في النوم والمحافظة عليه) ، وفرط النوم (وسن أثناء فترة اليـقظة) ، واختلالات النوم (كوابيس ، التكلم أثناء النوم ، السير النومي) . ويعـد الأرق أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً ، ويشكو منه يومـياً العديد من المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين .

الأرق

الوبائيات

تتراوح نسبة انتشار الأرق عند مجموع السكان في العالم بين 10 و20 في المئة في المدن الكبرى . وقد أوضحت دراسة إحـصائية أجريت في الدار البيضاء ، المغـرب على عينة ممثلة لسكان مدينة الدار البيـضاء يتراوح عـمرهم بين 18 و45 سنة ، أن أكثر من 11 في المئة منهم يعـانون من أرق محدد بمعايير تشخيصية دقيقة .

التشـــخيص التفريقي

ليس الأرق مرضاً ، وإنما هو عرض من الأعراض ، ويمكن أن ينشأ عن أسباب مختلفة جسدية أو نفسية . كما أن حوالي ثلث المرضى الذين يعـانون من الأرق يكون مخطط كهربية الدماغ لديهم أثناء النوم عادياً . ولذلك فإنه لا يكفـي أن يشتكي إنسان من اضطراب في نومه لنبدأ عـلاجه على التو ، بل يجب تحديد التشخيص انطلاقاً من معايير ثلاثة :

- وجود اثنين على الأقل من الأمور الثلاثة التالية :

تجاوز مدة تأخر الدخول في النوم بـ 30 دقيقة .
نقلص مجموع مدة النوم بنسبة 25 في المئة على الأقل .

الاستيقاظ مرتين في الليل مع صعوبة العودة إلى النوم .

- تأثير الأرق السلبي على النشاط خلال النهار .

- استمرار الاضطراب لمدة 10 أيام على الأقل .

ويجب تحديد موعد الأرق : في بداية الليل ، أو وسطه ، أو آخره . ويعتبر الأول أكثر تلك الأنواع انتشاراً ، بينما يعد الأخير عادة علامة على اكتئاب داخلي المنشأ .

المعالجة

(أ) في بعض الحالات

- يكفي الإنصات إلى شكاوى المريض وطمأنته وتوجيه نصائح صحية وغذائية له ليستعيد نومه الطبيعي .

- يكفي تغيير ظروف النوم (المكان ، نوعية السرير ، عشاء خفيف قبل النوم) لتحسين جودته .

(ب) في كل الحالات

- البحث عن نمط حياة المريض له أهمية خاصة (الحياة الأسرية والمهنية ، ظروف النوم ، طبيعة الحياة اليومية ، الأزمات) .

- الحث على التزام حياة أكثر استقراراً ، والقيام بتمارين رياضية ممتعة (المشي ، أو ركوب الدراجة مثلاً) ، وتجنب الأزمات ما أمكن . ومن المفيد التذكير بأنه لا يمكن الإرغام على النوم . فكما هو الشأن بالنسبة للممارسة الجنسية أو الضحك مثلاً ، يتطلب النوم الاسترخاء الجسدي والنفسي .

- تجنب المنبهات النفسية : الشاي الأسود أو الأخضر ، القهوة (بالحليب أو بدونه) ، المشروبات الغازية المحتوية على المنبهات ، والإقلاع عن التدخين .

- تجنب استعمال البربيتوريات كمنومات .

3 - البحث عن سبب الأرق

فهو الذي يحدد إمكانية المعالجة من قبل الطبيب العام أو ضرورة زيارة المتخصص .

- الحالات التي توجب استشارة الاختصاصي :

الأرق الذُهاني : الذي يدخل في إطار هَذَيَاني أو في إطار ذُهَاني هَوَسي . وعلاجه يقع في نطاق عمل الطبيب النفسي ، وهو مبني على مضادات الذُهان (neuroleptics) .

الأرق الناتج عن حالة اكتـئابية خطيرة ، وعلاجها بمضـادات الاكتئاب (antidepressants) أو المعالجة الكهربية .

ـ الحالات التي يمكن أن يعالجها الطبيب العام :

أرق ذو منشأ عـضوي : كل الأمراض الطبـية والجراحيـة يمكن أن تسبب الأرق ، وخصـوصاً إذا صاحـبتهـا آلام أو كانت تشكل خطراً على حـياة المريض . وبديهي أن العـلاج ينصب أولاً على عـلاج المرض المسـبب ، لكن يمكن أن تضـاف إليـه منومـات من نوع البنزوديـازبينات أو السيكلوبيرولون أو غيرها .

أرق ناتج عن الاكتئاب : وهنا تأتي الأعراض الاكتئابية في مقدمة الحالة المرضية : مزاج حزين ، بطء نفسي ـ حركي ، تصاحبها أحياناً أفكار أو سلوك انتحاري .

وعلاج حالة الاكتئاب يمكن أن يتولاه الطبيب العـام إلا في حالة اكتئاب خطير (مصاحب بهَذَيَان أو باختلاط ، أو بخطر الانتحار) أو إذا لم يتحسن رغم العلاج .

وجديـر بالذكر أن هذا النوع من الأرق يسـتلزم علاجـاً بمضادات الاكـتئـاب ، لأن علاج حـالة الاكتئاب هذه تؤدي تلقائياً إلى تحسن نوعية النوم . ومن المعلوم أن بعض مضادات الاكتئاب هي أيضاً مهدئة ومنومة ، بينما بعضها الآخر منه يمكن أن يسبب أرقاً إذا تناوله المريض بالليل .

أما المقـدار اليومي من الأدوية الثلاثيـة الحلقات (tricyclics) فيتراوح بين 100 إلى 150 سيلي غرام على الأقل ، وبداية التأثير العلاجي لا تظهر إلا بعد 3 إلى 4 أسابيع . ويجب التأكد من عدم وجود موانع لاستعمالها لدى المريض (وخصـوصاً اضطراب النقل القلبي) كما يجب إعلامه بإمكانية ظهور بعض مضاعفات العلاج (مضادات المفعول الكوليني) .

إن علاج الأرق الناتج عن الاكتئاب بالمهدئات وحدها عمل مضر وغير مفيد ، بل يمكن أن يشكل خطراً على المريض ، لأن ذلك لا ينقص من مـعاناته وتألمه ،بـل يمكـن أن يدفع أحـياناً بالمريض إلى الانتحار .

أرق غيـر اكتـئابي ولا ذُهَاني : يعالج المريض هنا بـالمنومات في حالة الأرق المرتبط بحـالة عابرة ، وبالمهدئات في حالة القلق المزمن .

أما المنومات فتنقسم إلى نوعين :

- **منومـات من فـصيـلة البنزوديازبين Benzodiazepines**، ويمكن أن تكون ذات عـمـر النصف الطويل أو القصير ، أما ذات عـمر النصف القصير فتتميز بـكونها تساعد على الدخول في النوم ولا تؤثر على استيقـاظ المريض في الصباح . وأما ذات عمر النصف الطويل ، فـتكمن فائدتها في تأثيرها المزيل للقلق بالنهار زيادة على فعلها المنوّم .

ويجب أن تبقى مضاعفات هذا النوع من الأدوية حاضرة باستمرار في ذهن الطبيب المعالج أثناء وصفها للمريض : اضطرابات في الذاكرة مرتبطة بالأحداث التي وقعت في فترة استعمال الدواء ، وخصوصاً المنوّمات ذات عمر النصف القصير ، وحالة وسن بالنهار ، والإدمان .

- **منومات غير بنزوديازيبية** : يدخل فيها المنومات من فصيلة الباربيتوريات (barbiturates) التي يجب دائماً تجنبها .

كما تدخل فيها فصائل جديدة تحمل اسم السيكلوبيرولون (cyclopyrrolone) والإيميدازوبيريدين (imidazopyridine) وتمتاز هذه الفصائل بكونها تؤدي إلى مضاعفات أقل ، وخصوصاً منها الإدمان .

إن مدة العلاج بالمنومات يجب أن تكون أقصر ما يمكن ، وأن لا تتجاوز الشهر الواحد . كما يجب ألا تجدد الوصفة المشتملة على منوم بصورة تلقائية . ومن المستحسن أن يرى المريض بعد يومين أو ثلاثة من وقف العلاج بالمنوم تحسباً لعودة الأرق كما كان أو أشد .

- أما المهدئات التي تُتناول نهاراً ، فيمكن أن تساعد أيضاً على مكافحة الأرق . وتستعمل هنا أساساً المهدئات من فصيلة البنزوديازيبين ، فهي تهدئ قلق المريض في المساء ، وتمكن بالتالي من استقبال النوم بصورة أحسن .

وأخيراً فإن الأرق منتشر بين عموم الناس وبين المرضى الذين يستشيرون الأطباء العامين . فمن واجب أي طبيب أن يشخص حالة الأرق ويحدد أسبابها ويقوم بالتصرف المناسب : إما علاجها وإما إحالتها إلى الطبيب المتخصص إذا تعلق الأمر بمرض نفسي خطير أو مقاومة للدواء . ومهما يكن من أمر ، فمن الضروري على الطبيب أن يتجنب وصف المنومات لكل شخص يشكو من الأرق ، فهو تصرف غير مبرر وقد يكون ضاراً بالمريض .

الاضطرابات الجنسية
sexual disorders

الأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم
الأستاذ الدكتور عبد المجيد الخليدي

وهي اضطرابات وظيفية ليست نتيجة مرض عضوي تحدث اضطرابات الجنس الوظيفية (بدون سبب عضوي) بين الرجال والنساء ومن خصائصها ما يلي:

1 ـ لا يستطيع الفرد أن يشارك في العلاقة الجنسية كما يود أو يرغب .

2 ـ قد يحدث الاضطراب ثم يختفي .

3 ـ يستمر الاضطراب لمدة 6 أشهر على الأقل .

4 ـ لا يعزى الاضطراب لأي من الاضطرابات النفسية أو السلوكية الأخرى ، أو الاضطرابات العضوية (مثل أمراض الغدد الصماء) ، أو المعالجة الدوائية .

ومن الممكن قياس شدة الاضطراب وكذلك تكرار حدوثه . كما أنه من الممكن حدوث أكثر من نوع في وقت واحد . من البديهي أن نعلم أن الاضطرابات التي تؤدي إلى المعاناة الجنسية من المواضيع الحساسة التي يجب أن نبحث فيها بكل حرص وعناية حتى لا نزيد من شعور المريض بالإحباط .

1 ـ انعدام أو فقدان الرغبة الجنسية

يشكو الفرد عادة من انعدام الرغبة الجنسية التي تظهر عدم تفكيره في الجنس مع عدم الشعور بأي رغبة أو خيال جنسي ، وكذلك عدم بحثه عن أي محاولة جنسية . وقد تنعدم الرغبة في المبادرة في أي نشاط جنسي مع الزوج أو حتى مع النفس (العادة السرية) . وعلى هذا يتضح قلة الممارسة عن ذي قبل ، مع الأخذ في الحسبان لعامل السن والظروف والخبرات السابقة وصحة الفرد وهل الشكوى طارئة أم مزمنة ، وهل سبق ذلك سوابق جنسية سوية أم لا . قد تسبب الشكوى انشغال للمريض ، أو قد يواجهها بعدم اكتراث ، وهنا يكون الطرف المشارك (الزوج) هو صاحب الشكوى . ومن المعتاد أن تكون الممارسة طبيعية بمساعدة الزوج .

2 ـ النفـــور الجنسي وفقدان التَّلَذُّذ الجنسي

النفور الجنسي : ينفر الفرد من ممارسة الجنس مع الزوج مع شـعور بالخوف والقلق ويتحاشى الممارسة . وإذا حدث اتصال جنسي فإن المريض لا يشعـر بالتلذذ مطلقاً ، بل قد يكون انفعاله سلبياً بشدة . وهنا لا يكون النفور والرفض بسبب فشل سابق أو قلق من الممارسة أو الأداء .

فقد التَلَذُّذ الجنسي : يتم الاتصال الجنسي ولكنه يكون غير مصـحوب بشعور اللذة أو شعور الإثارة الممتعة . وهنا يجب التأكد من عتبة الإحساس قبل أن ينظر في وجود صراعات نفسية .

3 ـ فشـــل الاسـتجابة الجنسية

في الرجال : يتسم بفشل فـي عملية الانتصاب ، وعلى هذا لا يتـم الاتصال الجنسي ، وقد يحدث على أي من الصور الآتية :

1 ـ انتصاب كامل في المراحل الأولـى من العملية الجنسية ولكنه سرعان مـا يختفي ، وعلى هذا لا يتم الاتصال الجنسي .

2 ـ لا يحدث الانتصاب ، ولكن أحياناً يحدث عندما لا تتوافر الظروف للممارسة .

3 ـ انتصاب جزئي ، يتلوه انتصاب كامل ، كافٍ للممارسة الجنسية .

4 ـ عدم حدوث انتصاب أصلاً .

يجب البحث في العوامـل النفسية وخاصة انفـعال القلق ، مع مراعاة للظروف التي يمارس فـيها الجنس ، وراحة المريض النفسية والجسمية ، وكذلك دور الطرف الآخر .

وقد أدىٰ اكتشاف الأدوية الحديثة الفموية إلى تطور في هذا المجال .

في النساء : يحدث فشل في الاستجابة الجنسيـة يتضح في فشل حدوث الإفرازات المهبلية مع قلة تورم الشفرين وقد يحدث على أي من الصور التالية :

1 ـ فشل الإفراز عامة في كل الظروف .

2 ـ قد يحدث الإفراز في البداية ولكنه لا يستمر مما يصعب معه استمرار العملية الجنسية .

3 ـ الإفراز يحدث تحت بعض الظروف ولا يحدث في ظروف أخرى مـثلاً يحدث مع العادة السرية ولا يحدث في الاتصال الجنسي .

4 ـ اضطـــراب الإرجاز (هزَّة الجمــاع) orgasm

قد يحدث اضطراب الإرجاز (هزة الجماع) على النحو التالي :

أ ـ يحدث تحت أي ظرف ومع أي شخص .

ب ـ يحــدث الاضطراب في بعض الظـروف ولا يحــدث في ظروف أخـرى (مـثل الاتصـال الجنسي أو العادة السرية) كما قد يحدث للرجل في حضور الزوجة ولكن يختفي عند الممارسة .

هناك تفـاؤل عند معـالجة السـيـدات عنه في الرجال الذين قـد يكون لديهم اضطرابات آخـر في الشخصية بالإضافة لاضطراب الجنس .

يجب أن نبحث في الضـغوط والمشاكل التـي قد تسبب الاضطراب ، مع التنبـيه على : التركـيز والانتباه للأحساسيس أثناء الجنس .

5 ـ الدَّفــقُ المُبْتَســر premature ejaculation

يحدث القذف المُبْتَسَر قبل التلذّذ بالممارسة الجنسية ويظهر على النحو التالي :

1 ـ يحدث القذف قبل أو عند بداية الاتصال الجنسي (قبل أو خلال 15 ثانية) .

2 ـ يحدث القذف رغم عدم وجود انتصاب وعلى هذا لا يكتمل الاتصال الجنسي .

3 ـ قد يحدث القذف المبتسر نتيجة للحرمان الطويل من النشاط الجنسي .

من المعتاد أن تكون الشـكوى من المرأة . ويجب أن يشارك الطرفان في المعالجة . ويـنبغي التغلب على انفعال الغضب الذي قد تعاني منه الزوجة .

المعالجة السلوكية : يشارك الطرفان فيها لضمان النجاح .

6 ـ تشنج المهبل النفسي المنشأ psychogenic vaginal spasm

قد يصعب الاتصال الجنسي وقد يحدث ألم يحول دون الاتصال الجنسي بسبب تشنج المهبل .

من المعتـاد أن يكون هذا الاضطراب ابتدائياً ، ونادراً ما يحـدث كاضطراب ثانوي نتيـجة حدوث اغتصاب أو حدوث مرض في المهبل .

ومن المعتاد أن يصـاحب التشنجَ المهبلي خوفٌ من ممارسـة الجنس ، ويتلو ذلك حدوث الألم عند أي محاولة اتصال .

وقد يحدث الاضطراب على النحو التالي :

1 ـ استحالة الاتصال الجنسي الطبيعي .

2 ـ حدوث التشنج المهبلي بعد فـترة من الممارسة الجنسية الطبيعيـة ، وهنا نجد أن أي ممارسة جنسية ممكنة باستثناء الإيلاج ، وأي محاولة اتمام اتصال جنسي كامل يحدث معها خوف وتشنج مهبلي مع تقلص في عضلات الفخذين مما يحول دون الاستمرار . ومن المعتاد أن يتعاطف الزوج حين يشعر بألم الزوجة ويحاول مساعدتها .

7 ـ عسـر الجماع النفسي المنشأ psychogenic dyspareunia

يظهر عند في النساء ألم أثناء الجماع يتعذر معه الممارسة (قد يقتصر الألم على البداية ، أو يستمر طوال مدة الجمـاع) دون أن يترافق بتشنج مهـبلي . يجب على الطبيب معرفة توقيت الألم ومكانه بالضبط . من المـعتاد أن تكون لدى المريضـة سمات شـخصيـة تميل إلى تحويل الصـراع النفسي إلى الجسم فيبدو في صورة ألم .

اضطرابـــات الأكل

الأستاذ الدكتور سميد عبد المظيم

الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

تشتمل اضطرابات الأكل على عدة أنواع من الاضطرابات أهمها :

1 ـ القَهَم (فقد الشهية) العُصَابي .

2 ـ النُّهـــام .

3 ـ القَطَا (الوَحَم) .

1 ـ القَهَم (فقد الشهية) العُصابي anorexia nervosa

يصيب هذا الاضطراب عادة الفتيات المراهقات . ويتميز بما يلي :

1 ـ تحاشي المواد الغذائية المرتفعة الكالوري (مثل المــواد الكربوهيدراتية والدهنـية) بقصد إنقاص الوزن ، مع الخوف الشديد من زيادة الوزن .

2 ـ تشوه مفهوم صورة الجسم (أي الحجم) ، فبالرغم من قلة الوزن الواضحة للجميع فإن المريضة تنكر أنهـا نحيفـة ، وتصر على الاستمرار في تقليل الطعـام لأنها تشـعر أنها بدينـة . وكلما ازدادات درجة تشـويه مفهوم صـورة الجســم كلما ادى ذلك إلى صـعوبة المعالجة وعـدم تحسن الحالة .

3 ـ فقد 15%-25% من الوزن على الأقل ، وقد يكون أكـثر من ذلك ، مما قد يستـدعي الإدخال إلى المستشفى .

4 ـ درجة النشاط العقلية والجسمية طبيعية .

5 ـ غالباً ما يـحدث انقطاع الطمث ، بالإضافة إلى حدوث بعض اضطرابات الغـدد الصماء الأخرى نتيـجة لاضطراب وظيـفة الوطاء hypothalamus مع الغدة النخـامية (مـثل ارتفاع مسـتوى هرمون النمو وارتفاع مـستوى الكورتيزول ، مع حدوث تغيرات في عمليـة استقلاب (أيض) هرمون الغدة الدرقية ، واضطراب إفراز الأنسولين) .

6 ـ ضمور العضلات مع قوتها .

7 ـ حدوث جفاف ، إمساك ، انخفاض درجة الحرارة مع بطء النبض .

8 ـ إذا حدث المرض قبل سن البلوغ فإنه يعطل حدوث البلوغ في الإناث والذكور .

يبدأ التاريخ المرضي المعتـــــاد بأن الشابة في مرحلة المراهقــة تميل ميلاً طفيفاً للسمنة ، وعلى هذا تبدأ في تنظيم الأكل لتقليل الوزن . ولكن بعد الوصول للوزن المثـالي (الطبيعي) تستمر بإرادتها في تقليل الأكل بدرجة كـبيرة (حيث ترفض أصنافـاً كثيرة لعدة شـهور) فيستـمر نقص الوزن ، ونظراً لتحريف مفهوم صورة الجسم يستمر تقليل الأكل .

قد يصـيب هذا الاضطراب الذكـور أيضاً ولكن بنسـبة أقل . نسـبة إصابة الإناث إلـى الذكور = 1:10 .

الوالدان : يتميزان بأنــهم مـــسيطران ومفرطان في حماية أبنائهم ، ويتطلبــان من أبنائهم الكثير ، ويتمتعان بطموح زائد .

عوامل المرض

هناك تداخل بين عدة عوامل لحدوث المرض .

1 ـ الوراثة ، ولم يثبت دورها بعد .

2 ـ الأسباب البيئيــة ـ الاجتماعية مهمة ، حيث يكثر الاضطراب في بعض البـيئات عنها في بيئات أخرى .

3 ـ اضطراب جو الأسرة وعلاقات الأفراد فيهـا ، ويكثر الحديث عن الطعام كوسيلة اتصال بين أفراد الأسرة .

4 ـ الشخصية الوسواسية .

5 ـ رفض دور البلوغ والتطورات الجنسية المصاحبة لهذا الدور .

6 ـ تلاحظ الاضطرابات الوجدانية بنسبة عالية في الأقوياء .

التشخيص التفريقي

1 ـ الأمراض العضوية مثل : السكري ، فرط نشاط الدرقية ، السرطان ، سوء الامتصاص ، مرض كرون .

2 ـ الاكتئاب .

3 ـ الفُصَام .

4 ـ الوسواس القهري .

مآل المـــرض

مع المعـالجة يحـدث تحسن كـامل في 35% من الحالات ، وتحـسن إلى حد مـا في 30% من الحالات . وبدون معالجة قد تصل نسبة الوفاة إلى 5%

المعالجـــة

قد تحتاج المريضة الإدخال إلى المستشـفى (خاصة إذا كان الوزن أقل من المتوقع بنسبة 40%) مع الراحة التـامة حتى يزداد الوزن ، إلى جـانب المعالجة النـفسية لمدة طـويلة قد تصل إلى 3 سنوات ، والمعالجة الأسرية ، والمعالجة السلوكية بتقـديم مكافأة مناسبة كلما تحسن الوزن مع نظام الأكل الجيد ، والمعالجة بالأدوية من مضادات الاكتئاب أو مضادات القلق .

2 ـ النُّهـــام
bulimia

يتميز النُّهام بنوبات من كثرة الأكل في فترة قـصيرة ، خاصة للمواد الكربوهيدراتية . ويتبع ذلك التقيؤ الإرادي للمحـافظة على الوزن . كما قد يتبع هذا الاضطراب القهَم العُصَـابي ، أو يتبادل معه في الحدوث .

ويحدث المرض عادة في الفتيات المراهقات ولكن في سن أكبر من القهم العُصَابي .

أعراض النهام

1 ـ نوبات مـتكررة من الأكل بكميـات كبيـرة خاصـة المواد العاليـة الكالوري في فتـرة قصـيرة مع الإحساس بفقدان السيطرة على التوقف عن الأكل .

2 ـ تكرار التـقيـؤ الإرادي عقب نوبات الأكل بشـراهة ، وذلك للحـفـاظ على الوزن وخوفـاً من السمنة .

3 ـ كثرة الانشغال بالوزن ونظام الأكل ، مع الرغبة في تحاشي السمنة بأي وسيلة .

4 ـ تعاطي المسهلات أو مدرات البول أو الأدوية التي تقلل الشهية للطعام أو خلاصة الغدة الدرقية ، أو فترات امتناعٍ كاملٍ عن الطعام بغرض الحفاظ على الوزن .

5 ـ الوزن عادة طبـيـــعي ، أو أقل أو أكثر من الوزن الطبـيعي بدرجة طفـيفة لا تسـتدعي كل هذا القلق . ولكن مع حدوث الأكل بشراهة أو التحـديد الصارم في نظام الأكل قد يتبع ذلك زيادة أو نقصان في الوزن .

6 ـ نتيجة القيء المستمر يحدث اضطراب في توازن سوائل الجسم ، كما قد تحدث مضاعفات جسمية (وَهن ، نوبات صرع ، ضعف عضلات ، اضطرابات ضربات القلب) مع حدوث نقصان الوزن الشديد .

7 ـ المزاج مكتئب مع انخفاض تقدير الذات

8 ـ الخوف من عدم السيطرة على الأكل مع الاعتقاد بأن نمط الأكل غير طبيعي .

يحدث الاضطراب عادة في مرحلة المراهقة المتأخرة أو في أوائل مرحلة النضج بين الفتيات وكثيراً ما يسبق هذا الاضطراب حدوث القهم أو فقد الشهية العصبي anorexia nervosa .

الأسباب : يعتبر النهام نابعاً من القهم العُصَابي ، وقد تتناوب صور كل منهما مع الآخر ، وعلى هذا لا تتداخل الأسباب بينهما .

التشخيص التفريقي : أورام الوطاء hypothalamus ، متلازمة كلاين ـ ليفين .

تطور المرض : يأخذ المرض عادة صورة مزمنة مع بعض التقلبات على مدى سنوات ، وقد تتسبب أزمات الحياة في حدوث النوبات .

المعالجـــة

نظراً لوجود الاكتئاب فإن المريض قد يحتاج دواءً مضاداً للاكتئاب . ومن المعتاد علاج المرضى خارج المستشفى باستخدام المعالجة المعرفية السلوكية ، بغرض أن يكتسب المريض السيطرة والإرادة على أكله ، مع حل مشاكله النفسية التي تؤدي إلى حدوث الاضطراب .

3 ـ القَطَـا (الوَحَم أو اشتهاء الغرائب) pica

القطا أو الوحم . وهو أكل مواد ليس لها قيمة غذائية أو عديمة الكالوري وغير مألوفة مثل الخشب أو السجاد أو الخيوط أو القماش ... بالإضافة إلى أكل الغذاء العادي في وجبات الطعام .

عادة ما يحدث هذا الاضطراب بين الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، كما قد يحدث في حالات الذاتوية autism الطفلية ، أو حالات الفُصَام .

ويتوقف العلاج على دراسة كل حالة على حدة لمعرفة ظروفها وسببها ، لإعطاء العلاج المناسب .

المعالجـــة النفســـية

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة
الأستاذ الدكتور الصديق الجدي
الأستاذ الدكتور طه بعشر
الأستاذ الدكتور محمد شعلان
الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي

يمكن اعتبار المعالجـة النفسية صداقة مقابل أجر . بـل كان هذا هو عنوان للكاتب سكوفيلد لكتابه عن العلاج النفسي وصفات المعـالج . فهو في المقام الأول مهارة تقوم على صفات شـخصية يتصف بها المعالج أكثـر مما هي معلومات تقوم على نظرية أو مدرسة . فقـد أوضح أن الصفات التي يتحلى بها المعالج النفسي الفعّال ذو الخبرة الثرية هي صفات مشتركة مع أقرانه من المعالجين أكثر مما هو الحال بين المعالجين المختلفين في الخبرة والعمر وإن انتموا إلى نفس المدرسة النظرية . لهذا فيمكن القول بإن كل علاقة بين أحـد العاملين في الرعاية الصحيـة ومريضه فيها لمسـة من المعالجة النفسيـة سواء كانت **مُتَعَمَّدة أو تلقائية**. بل إن كل علاقة بين صاحبين فيها من عناصـر العلاج النفسي مما يجعلها تؤدي تلك الوظيفة . إذاً فإن كل شيخ (طريقة) أو واعظ أو معلم أو كبير عائلة أو صديق لابد وأن يمتلك بعض صفات المعالج النفسي وإن لم تكن متعمدة. وهو لذلك له تراث يمتد إلى قديم العصور قبل أن يتخذ شكل العلم القائم على إطار نظري أو تجريبي .

إلا أن هذا لا يعني أن المعالجة النفسية ليست بعلم ومـهارة وتأهـل شخصي للمعالج ، وفق أصول ومعـايير ونظريات وطرق للتـدريب تمكّن من اكتسـابه . وإذا كان علم النفس له الفـضل في الجانب التجـريبي في نشأة علم المعالجة النفـسية الحديث ، فـإن الطب لكونه المهنة المساعدة التي تتـعامل مع الألـم بشتى أشـكاله ، له الفضل في نمو المعـالجة النفسـية كـمهنة . ولذا فإن فـرويد وما أسـسه من نظريات ومـهارات في التـحليل النفسي هو الذي يتـبادر إلى الذهن عندمـا تأتي الاشارة إلـى العلاج النفسي . إلا أنه في ذات الوقت كان التـجريبيون ، سواء من داخل العلوم الطبـية مثل بافلوف ، أو من مختـبرات علم النفس التجريبي ، يضعـون الأسس والآليات لتغييـر السلوك والمطلوبة في العلاج النفسي (علاوة على التطبيقات الأخرى لعلم النفس مثل التربية والتعليم والإدارة . وهي مجالات لـم تتوان مدرسة التحليل النفسي بالادلاء بدلوها فيها) .

أي أن المعالجة النفسية كعلم بدأت في نهاية القرن التـاسع عشر بتيارين رئيسيين يمكن إيجازهما بأن أحدهمـا يسعى إلى تغييـر النفس من الداخل والثاني يبدأ بتـغييرها من الخـارج . أو كما عبـر عنها

الفيلسوف وعالم النفس وليام جيمز William James في صياغة تساؤل : هل نضحك فنسعد ، أم نسعد فنضحك ؟ فكانا ياربن يـبدوان متعارضين أو متنافسين ، وكأن المسألة مسـألة مذهب أو عقيدة وليست مـسألة علم . وليس في الأمر مـا يدعو للعجب . فـإن هذا الاختلاف قـديم منذ أن نشأت الثقافة الإنسانيـة في توجهها إلى السعي لإصلاح النفس . ولاسيما هذا الجـانب من الثقافة الذي كان يدعو ويبشر بالإصلاح ، وتعـول المعالجة النفسية أهمية كبيـرة على الأديان بكافة أنواعها . لدرجة أن عالم النفس أبراهام ماسلو صنف الأديان ، لا حـسب أسسها العقائدية وشرائعـها وشعائرها ، ولكن على أساس ما تقدمه من التـوجيه النفسي . فكل الأديان ، بدرجات متفاوتة ، فـيها الجانب التربوي الذي يعتمد على تربية الحالة الداخلية مـثل النية والوعي والإيمان ، والجانب العملي الذي يعتمد على إبراز الأعمال الصالحة واتباع الشرائع والشعـائر . والإسلام بالتحديد تكثر فيه الإشارة إلى الذين آمنوا وعملوا الصالحات .

ويحكي أن لقاءً حـدث مرة ولم يتكرر بين اثنين من حكمـاء الصين القدامى وهمـا كونفوشـيوس ولاوتسو . لم يتمكنا فيه من التواصل أو التعـاون ؛ فقد كان الأول غزيراً في مواعظه ، ومحدداً في تعليماته ، بينما كـان الثاني يتجنب الموعظه والدعوة إلى سلوكيات محددة ويكتـفي بالتأمل والتعبد ؛ الأمر الذي جعله يهجر حياة المدينة ليتعبد وحده في الجبال . ولولا أن حارس المدينة منعه من الهجرة ما لم يكتب حكمـته في (كتـاب الطريق أو الداو دي تشينج Tao te ching) لما بقي لنا من تراثه شيء مكتوب .

وفي التـراث الإسلامي نجـد مثل هذا التنوع مـتجـسداً لدى أصـحاب علوم الدين (مـثل الفـقه والشريعة والتـفسير وغيـر ذلك) وأصحاب الاتجاهات الصوفـية والذين يمكن أن يتمثل مـوقفهم في وصـف الرسـول صلى الله عليه وسلم بأن الجـهاد الأكـبر هو الخطوة التـالية والأصـعب من الجـهاد الأصغر . وكان يعني بالأصغر القتال ضد أعـداء الرسالة والأكبر جهاد النفس أو في قول الإمام علي رضي الله عنه أن من عرف نفسه عرف ربه .

ولعل الاختلاف بين التيارين في علم النفس والمعالجة النفـسية أقرب ما يكون إلى اختلاف التكوين النفسي سواء للمعالج أو لمن يلتمس المـعالجة . إلا أنه في نفس الوقت الذي بدأ هذا الاختلاف يأخذ شكل التسابق على مـن منهما يملك الحقيـقة العلمية الموضوعـية بدأت تظهر بوادر للتوحيـد بينهما ، خافتة الصوت ولكن مثابرة ومتناميـة في استمرارها . بدأها من جانب أحد أعوان فرويد المقربين وهو كارل جوستـاف يونج ؛ وتيار آخر إنساني التوجه وله منابع في الفسلفـة الوجودية بدأه صديق لفرويد أبقى على اختلافه دون أن يدخل في خلاف معه ، وهو لودفـج بينسفانجر ، كان يونج يرى أهمية أن يسعى الإنسـان نحو التفرد (أو التـوحيد بين الأضداد المتناقـضة) . وأن الإنسان أعقد مـن أن يفسر بواسطة القوانين المادية الميكانيكية التي كانت تشكل الأسـاس النظري العلمي التي قامت عليها كل من

المدرستين المتعارضتين ـ التحليلية والسلوكية . فالإنسان بعد أن يشبع غرائزه (الجنسية أساساً لدى الشباب والعدوانية أساساً لدى الكبار) يصل في رشده أزمة منتصف العمر حيث تكون قضيته الرئيسية هي البحث عن هدف ومعنى لحياته ؛ بعبارة أخرى يسعى إلى إشباع الجانب الروحي من خلال البحث عن دين . كما كانت له نقطة لقاء مع التيار الوجودي الذي بدأ ببينسفانجر وهي أن التعامل مع الإنسان ، ولو في إطار علاقة أدوار (الطبيب والمريض) لا يمكن فهمها من خلال الأدوار فقط وممارسة آليات مهما بدت علمية . فالعبرة في العلاقة العلاجية هي بالقدرة التي تنتقل فيها العلاقة من الدور إلى الحقيقة ؛ أي بالقدر الذي يصبح المعالج فيها إنساناً شفافاً صادقاً فى تفاعله مع المريض ، يؤثر فيه ويتأثر به .

كانت هذه هي البوادر ، إلا أنها لم تتخذ شكل التيار الجارف إلا في بداية منتصف القرن العشرين ، حيث التقت في أساسياتها حول ما عرف بالتيار الإنساني الوجودي أو القوة الثالثة (باعتبار أن التيارين السابقين يشكلان القوة الأولى والثانية ، وهما التياران التحليلي والسلوكي) . ومثل أي تيار فكري أو علمي فإن هذا التيار الثالث لم يتوقف عن التطور ، والاستمرار لينشئ ما يعرف الآن بالتيار الرابع وهو الذي يكاد يعود ، ماراً بالعلوم الحديثة ، إلى التراث القديم الذي أتى به الأنبياء والحكماء . فهذا اللقاء بين العلم الحديث والتراث القديم يحدث في بوتقة تفاعل متبادل في الأوساط العلمية الغربية ، وينتج عنه توحيد في الفكر يزيل آخر فجوة في الثنائية الفكرية لدى الإنسان بعد أن أزال أينشتاين الفجوة التي فرقت بين المادة والطاقة ، ألا وهي الفجوة بين الذات والموضوع ، أو بين الوعي والواقع ، أو بين الروح والجسد . بدأها علماء الطبيعة من الجيل الذي خلف أينشتاين ورفاقه . وواكبتها قلة مثابرة من علماء النفس حرصت على الأخذ بها وتطبيقها .

إن الملفت للنظر هو أن علماء النفس ، وخاصة أطباء النفس مازالوا وهم يلهثون للحاق بركب العلم ، ينظرون إلى مثل هذا التصور بعين من الريبة . إذ أن الاكتشافات الحديثة التي حدثت من خلال تطور العلوم الطبية العصبية جعلتهم يظنون ، كما ظن الذين سبقهم من قبل ، أنهم على شفا اختزال الإنسان إلى مجموعة من التفاعلات البيولوجية التي يمكن رصدها بدقة وبالتالي التحكم فيها . ونشأ في الطب النفسي ما يعرف بالموجة الكريبيلينية الجديدة ؛ وهي التي تسعى إلى الوصف الدقيق للأعراض وتصنيفها إلى أمراض ، كل منهما له شفاء في دواء يصنعه الإنسان مستفيداً من التكنولوجيا الحديثة في تركيب المواد الكيميائية والفيزلوجية المؤثرة على الوعي . ومن هنا بدأ إهمال تدريس العلاج النفسي في كليات الطب ، بل وفي مقررات الطب النفسي ذاته . ووجد علماء النفس والخدمة الاجتماعية وغيرهم من علماء السلوك الإنساني دوراً لهم في استعادة المبادرة في التخصص في العلاج النفسي . إلا أنه من حسن الطالع أن الأطباء بدأوا يفطنون إلى أهمية العوامل النفسية في تسبيب وبالتالي علاج الأمراض العضوية . ولم يقف الأمر عند تلك الأمراض التي كانت تصنف تحت عنوان الأمراض النفسية الجسمية psychosomatic ، بل أخذت تنتشر لتشمل كافة الأمراض التي يكون

لجهاز المناعــة دور في مقاومتــها أو شفائها . فـشملت أمراضاً معــدية كان اليقين فيــها أن الـسبب هو جرثومـة أو فيروسة ، وأمراضـاً كان للجهاز المنـاعي دور رئيسي فيهـا (مثل أمراض الحسـاسية) ، وأمراضــاً عضوية المظهـر وإن لم تكن أحادية السبـب مثل السرطان . وابتـدعت طرق نفسيــة لعلاج السرطان بل وشــفائه تمامـاً . ومن الطريف آن بعض الكتب التي ضـربت الرقم القياسي فـي التوزيع كانت مواضيعها نفسية ولكن مؤلفيها من تخصصات غير نفسية ، مثل الجراحة وأمراض النساء .

لذلك اسـتمر حـجم المقررات في العلـوم السلوكيـة والطب النفسي في كليـات الطب بالولايات المتحدة بالازدياد حتى أصبح يأخذ حوالي خُمس إلى رُبع المقررات .

مـــدارس وآليـــات

المعالج النفسي الجيد يمارس المعالجة من واقع خبرته وعلمه . ولكنه في أغلب الأحوال يبدأ بإجادة مدرسة لها إطار نظري وآليـات تنبع منه . والمدارس عديدة ومختلفة ويصعب عـرضها . ولذا سوف نعرض التيارات العامة التي يمكن أن تندرج تحتها المدارس .

هناك تيار التـحليل النفسي والتفـرعات التي نجمت عنه . والخط العــام الذي يجمعــها يبنى على توجيه أساسي وهو النظر إلى الداخل والتبصر الذي يوسع دائرة الوعي ، فيتبعه التـغيير في المواقف والسلوكيات .

وتقوم النظرية على أساس آن ما يحرك الوعي عبارة عن دوافع غريزية لا شـعورية ؛ فتتأثر بالبيئة وخاصة في الطفولة المبكرة . فتتكون عقد نفسية تتحكم في وعي الفرد وسلوكه ؛ الأمر الذي يتطلب استعــادة هذه الخبرات والاستبصـار بتأثيرها بما يمكن الفرد من التحـرر منها . إنها عملية فيـها تفريغ لشحنات انفعالية مكبوتة ، ولكن التفاصيل أعقد وأعمق من مجرد ذلك .

الغرائز التي افتـرضها فرويد هي الجنس والعدوان . إلا أنه طورها بعد ذلك إلى غـرائز الحياة في مواجـهة الموت . فهي ظاهرة منذ الولادة ، تتواجـد معاً في تناقض وجـداني . أي أن الطفل الوليد يحب ويكره نفس الشـــخص في نفس الوقت . فأمـه التي ترضعه وتحمله هي أيضاً أمـه التي تحرمه من الرضاعة وتغيب عنه ولا تحمله .

ويمر الطفل في تعــامله مع غرائزه **بمراحل** stages . ففي السنــة الأولى يتركز تعـامل الطفل مع العامل الخارجي ، ويبدأ تعامله مع أمه ، بواسطة فمه . ولذا أطلق على هذه المرحلة **المرحلة الفموية** oral stage ؛ وتستغـرق العام الأول من عمره . فهو يسـتدمج الخبرات ويتعـامل مع أمه (والعالم المحيط) بفمه أساساً ، كما يستخدم آليات نفـسية مثل التفارق (الانشقاق) ليعزل صورة الأم الجيدة عن الأم البغيضـة والإسقاط ليعزل نزعاته الجـيدة عن الشريرة ، كما أنه يتعـامل مع الموضوع (أمه) على آساس أنها مجرد امتداد له . فهو لا يعرف حدود ذاته ولا يميز بين الذات والموضوع .

أما المرحلة الثانيـة ، التي سميت **المرحلة الشرجيـة** anal stage ، فتسـتمر حتى منتـصف العام الثالث من عمره . ويبدأ في التمييز الجزئي بين الذات والموضوع . فهو لم يستقل تماماً عن أمه ولكنه يسعى إلى ذلك . ويتم هذا عند إمكانه التحكم في عضلاته الإرادية ؛ أي باكتساب القدرة على المشي والكلام وأخيراً التحكم بالتبول والتبرز .

ثم تأتي المرحلة الثالثة التي تمتد إلى السـنة السادسة والمسماة **بالمرحلة القضيبية** phallic stage ، حيث يحـقق الاستقلال . وتسـمى أيضاً المرحلة الأوديبية ؛ أي عندمـا يتعرف على الفروق الجنـسية ويبدأ الطفل الذكر في التنافـــس مع أبيه حول الاسـتحواذ على أمـه (عقدة أوديب) ، والطفلة تزيح مشاعرها تجاه أمها وترتبط بأبيها (عقدة إلكترا) .

بعد ذلك يكتشف الطفل خيالية رغـباته فيكبتها ليدخل **مرحلة الكمون أو الخفاء** latent stage . ويبدأ الطفل في الـتـوحد مع أبيه والطفلة الأنثى بـالتوحد مع أمـها . وتستمـر هذه المرحلة إلى سن البلوغ . وتعود التخييلات الأوديبيـة ولكن إدراكه للواقع يجعله يبحث عن فرد من الجنس الآخر من جيله . وتسمى هذه **بالمرحلة التناسلية** genital stage .

ويقف فرويد عند ذلك . ولكن إريكسون يطور النظرية لتغطي عمر الإنسان كله . كما يطور فيها بما يقلل من شـأن العـامل الجنسي البـيولوجـي . إذ يعطي إريكسون دوراً أكـبر لـلعوامل النفـسيـة الاجتـماعـية . ولذا يسـمي المراحل بأسمـــاء تصف التحـدي الذي يواجه الطفل إبان تعـامله مع الموضوع الذي يأخذ في الحـسبان الأسرة والمجتمع . فـالمراحل عنده ثمانـــية هي : 1) الأمان 2) الاستـقلال 3) المبادرة 4) المثابرة 5) الهوية 6) الألفة 7) الإنجاب 8) التكامل . فـيربط بين الغرائز والبيئية الاجتماعية والثقافة السائدة .

ويأتي تطوير إريسكون بالتـواكب مع توجه التحليل النفـــسي عـموماً إلى الذات في تعـاملها مع البيئة . وهي مساهمات بدأت منذ نشأة التحليل النفسي ، وحتى انشقاق مجموعات عن التيار السائد في التحليل النفسي في اتجاه الاهتمام بالبيئة والثقافة : منهم كـارن هورني وسوليفان وإريك فروم ؛ رغم أن جذور الانشـقاقات بدأت منذ أيام فرويد بدءاً بأدلر ثم يونج ثم رانك ورايخ وغـيرهم . ومن أهم الإضافات موازنة انحياز فرويد للذكورة ، (فقد نشأ في جو أبوي يعلي من شأن الذكور بما جعل من قضيب الطفل الذكر ميزة بيولوجيـة تؤدي إلى حسد القضيب والخوف من الخصاء) ، بأن الأصل في الحسد يبدأ قبل هذه المرحلة .

بناءً على هذه النظرية وتفرعاتها وتطوراتها ، تطورت أيضاً آليـات المعالجة إذ بعد ما كانت العملية العلاجية تستـغرق وقتاً طويلاً ، وتغوص في الأعماق لاستعادة خـبرات الماضي المؤلمة أي سيكولوجية الغرائز أو « الهو » أو « الهيَ » ، صـار الاهتمام بما عرف بسيكولوجيـة الذات ، أي الاهتمام بالأنا وكيفيـة تعامل الذات مع الواقع . وزادت إيجابية المعالج وتدخـلاته بدلاً من الإنصات الطويل لما كان يعرف بالتـداعي الطليق (الحر) وتفـسيـر الأحلام . وازداد التطور بما جـعل المعالج يتفـاعل مع من

يعالجه بواسطة العلاقة الإنسانية التي تجعل من المعالج إنساناً يتأثر وبالتالي يؤثر في من يعالجه . وهي جذور التيار الوجودي الإنساني .

كما جرى التطوير في المعالجة النفسية التحليلية بتوسيع مجالات تطبيقه مع التعديلات اللازمة في الأسلوب . إذ بعد أن كان قاصراً على حالات العُصَاب في الراشدين وفي إطار فردي ، طبقه ووزن على الذُهَانيين . كما طبقته أنَّا فرويد وكذلك ميلاني كلاين على الأطفال واستخدمه بيون مع الجماعات .

وأدخلت تعديلات في الأهداف بما مكن من استخدامه للعلاج المساند والعلاج المختصر والطوارئ .

ومن المنطلق العكسي ، أي البداية من السلوك الخارجي والأعراض الظاهرة نشأ التيار الآخر : **المعالجة السلوكية** . وكانت نشأتها في البداية في مُختَبَرات علم النفس منذ أن بدأ بافلوف تجاربه العلمية على الحيوانات وكيفية تعديل الاستجابات في مجالات التفاعلات الانعكاسية . ثم طورت التجارب عند واطسون وسكينر وغيرهما لتكوين نظرية التعلم وإمكانية تطبيقها في مجال العلاج . إلا أنه حتى الآن لم يمكن تطبيقه في أغلب المجالات . ويمكن القول بأنه حقق نجاحاً لا بأس به مع الأطفال المعوقين (مثل حالات الذاتوية والتخلف العقلي واضطرابات الانتباه) وكذلك في إزالة بعض الأعراض العُصَابية مثل الرُهَاب والقلق وبعض الأعراض الوسواسية والإدمان وغيرها . كما أمكن استخدامه في تعديل سلوك الجماعات مثل المسجونين ونزلاء المستشفيات الذين يحتاجون إلى إعادة تعلم بعض السلوكيات الكيفية من أجل اتباع نظم وعادات جديدة تساعدهم على التكيف . والمفترض في كل الأحوال أن التأكيد على تغيير السلوك الخارجي سوف يتبعه تغيير في الفكر والانفعال .

ولذلك نشأت مدارس أخرى في العلاج تشبه المدخل السلوكي في البدء بالخارج وتعمد التغيير في الوعي (الفكر أو الوجدان أو كلاهما) على أساس أن البقية سوف تتبع . ومن أهم هذه المدارس : **العلاج المعرفي ، والعلاج المعرفي الانفعالي ، والعلاج بالواقع** . أغلبها يشترك في الاهتمام بتغيير أفكار الفرد ومواقفه تجاه ذاته والعالم الخارجي بما يؤدي إلى تغيير في الوجدان والسلوك . فالفرد المكتئب مثلاً يتميز بأنه يعيش على افتراض منظومات فكرية تجعله يرى نفسه والواقع المحيط بشكل يدعم وينمي مزاجه المكتئب . والمعالج عليه في هذه الحالات أن يدرب من يعالجه على اكتساب منظومات فكرية جديدة تؤدي إلى تغييرات في وجدانه وسلوكه .

يأتي هنا التساؤل عن كيفية الجمع بين هذه المدارس والتيارات التي تبدو متناقضة أو متصارعة ؟ هنا يأتي دور **التيار الإنساني الوجودي** أو **القوة الثالثة** . فيما يبدو أن ظهور هذا التيار في هذا الوقت لم يأت من فراغ ، ولكن غالباً كاستجابة لمناخ حضاري بدأ يشك في صحة القيم التي تبالغ في إعلاء قيمة التحكم بالعقل في المشاعر والتلقائية . فالتحليل النفسي يبدو وكأنه تشريح بارد لمشاعر إنسانية

متدفقة . والسلوكية تبدو وكأنها ميكنة للإنسان . ولكن كلاهما يلقي بعض الضوء على جانب من الحقيقة . ولذا لم يأت التيار الثالث رافضاً لما سبقه ، ولكن مكملاً ومطوراً وجامعاً للمتناقضات . فليس هناك اعتراض على الضحك كخطوة نحو السعادة ، ولكن لا يجب أن يعني ذلك أن الإنسان الذي لا يسعد لا يضحك . كما يعني أن الضحك المتعمد كآلية علاجية غير فعال ، ولكن هناك حاجة لأن يعي الفرد أن هناك في وعيه ما يستحق الضحك والسعادة . هكذا بدأ رد فعل **المدرسة الجشطالطية** Gestaltic في العلاج كما وضع أسسها فريدريك بيرلز : أن إبدأ بالضحك وأطلق العنان للمشاعر ، وسوف تأتي البصيرة والتفسير من داخلك دون حاجة إلى معالج . إلا أن أصحاب مدرسة **التحليل التفاعلي** reactive analysis الذين كانوا ضمن التيار الثالث ، أضافوا أن لا مانع من محاولة الفهم بالتفسير بما يجعل استعادة الخبرة المؤدية إلى السعادة عن طريق استدعائها إلى العقل . وكذلك ساهم كارل روجرز بإبراز أهمية أن تكون المعالجة متمركزة حول من يعالج ، دون أن تكون متأثرة بمواقف أو آراء المعالج . بينما كان إيريك فروم يتوجه إلى قضايا ثقافية وسياسية واجتماعية وفلسفية عامة .

ومن هذا التوسيع لدائرة الوعي عن طريق ربط ما هو عقلاني بما هو انفعالي . وما هو تحليلي بما هو سلوكي ، وما هو فردي بما هو اجتماعي ، بدأت حواجز الثنائية التي كانت تبحث عن أسبقية الوعي أم السلوك ؟ الفكر أم العقل ؟ وبدأت النظرة إلى الإنسان تتسع دائرتها بل تسابق الطب العام في اتجاه التعامل مع الإنسان ككل ، لا كجمع حسابي لعدة وظائف متفرقة . وترتب على ذلك بحث في التراث الطبي القديم لمعرفة كيف كان الإنسان يتغلب على الأمراض قبل مرحلة التكنولوجيا الدوائية المعاصرة ، وازدهرت الدعوة إلى الطب البديل ، والعودة إلى استخدام هبات الطبيعة سواء كانت نباتات وأعشاب أو كانت تدريبات روحية (مثل التأمل والتعبد بأشكاله المختلفة والتي قد تأخذ شكل رياضة اليوجا أو حلقات الذكر الصوفية ، بل بعض الممارسات الشعبية التي لا علاقة لها بالتعبد) . واستمرت الدراسات الجادة لهذه الظواهر ، ووجدت مساندة علمية من جانب علماء الفيزياء الحديثة وما وصلوا إليه من رؤية توحيدية للكون ؛ وهي باختصار أنه لو لم تكن هناك إله ، فهناك ضرورة علمية لأن نفترض وجوده حتى يمكننا تفسير ظواهر الطبيعة .

هكذا ولد التيار الرابع ، والذي اتخذ لنفسه اسم **علم النفس عبر الشخصية** ؛ وما نرتب عليه من تطبيقات علاجية . وما هو إلا عودة (لا نكسة ، إذ هي قد عَبَرَت من خلال العلم ولم تقفز فوقه أو تزحف تحته) إلى التراث القديم الذي اجتمع حوله المتصوفون من كافة الأديان .

يتلخص موقف هذا التيار في التطبيق العلاجي في أن : المعالج الحكيم ليس مَنْ يَعِدُ بالشفاء ولكن مَنْ يستطيع أن يشارك ويعاون المريض على تحمل الألم وتحويله إلى حال مقبول ، والألم ضروري لمعرفة قيمة البهجة ، فلا سعادة بلا شقاء ولا حلاوة بلا نار .

أشـــكال وإطـــارات

المعالجـة كما اعتـدناها من النموذج الطبي بين معـالج ومريض . ولكن النفس البشـرية علّمتنا أن حدود الذات لا علاقة لـها بحدود الجلد الذي يحوي جسد الإنســان . بل إن الطب العضوي ذاته بدأ يتخلى عن هذه النظرة بأن يأخذ في الاعتبار العوامل البيئية سواء المادية أو الاجتماعية .

ولعل أول ما يتبـادر إلى الذهن كعلاقة بين الفـرد (الراشد) والآخر هو العلاقـة الزوجية . ولذا نشأت فكرة **المعالجة مع الزّوج** (والزوج مذكّر ومؤنث) عندما صارت الصراعات الزوجية هي الأصل في المرض ، بينما الأعـراض ليســت إلا المظهر الخـارجي . وأن ما من زوج يتألم إلا وكـان لزوجه دور ، سواء في تسبيب الألم أو تخفيفـه . فصار الشكل الأمثل للعلاج في مثل هذه الأحوال هو أن يشتـرك الزوجان في الجلسة الواحـدة دائماً أو غالبـاً أو أحياناً . أو ربما يتم الـعلاج بواسطة اثنين من المعـالجين كل على حـدة أو بالتـعاون بـينهمـا . والعـلاج مع الزوج يكاد يكون ضـرورة في حـالة الاضطرابات في العلاقة الجنسية .

في المقابل فإن العلاقة الحـميمة التي تقترب من علاقة الزواج هي عـلاقة أفراد الأسرة الواحدة . ومن هنا نشأ **العلاج مع الأسرة** . وفي مجتمـعاتنا الشرقية على الأخص تكتسب قيـمة الانتماء إلى أسرة الأصل (بـالمقارنة مع أسـرة الإنجاب) مكانة عـالية في التـأثير على حـياة الفرد . فـالأبناء ، والبنات بوجـه خاص ، يبـقون على عـلاقة ولاء شديد مـع أبويهمـا حتى بعـد الزواج والإنجاب . وبالتالي نستطيع أن نقول إن العلاج مع الأسرة يكاد يفرض نفسـه كواقع في مجتمعاتنا ، رغم غياب التدريب عليـه كتخـصص . كما أن العـلاج مع الأسرة يكاد يكون المعالجـة الوحيدة الممكنة لمعـالجة الأطفال . بل كثيراً ما نجد الطفل الذي يقدم للـعلاج هو المعاون الأول للمعالج في تشخيص وعلاج الأمراض التي تصيب الأسرة .

ويمكن في حالتي المعـالجة مع الزوج والمعالجة مع الأسرة أن تتم المعـالجة في إطار جلسة جمـاعية تتكون من أكثر من زوج أو أكثر من أسرة ، فتكون معالجة جماعية .

وهنا نأتي إلى دور **المعالجة النفـسية الجمـاعية** . فقد انتـشرت المعالجة النفسيـة في الآونة الأخيرة وكادت ، في كثير من الحالات أن تحل محل المعالجة الفردية أو تتواكب معها أو تكملها ، رغم بدايتها المتواضعة كنتـائج لمحاولة من اختصاصي بالأمراض الصدرية (مـرض السل بالتحديد) وهو برات ، بأن كان يجمع المرضى ليناقش أمـور علاجهم ، فلاحظ تحسناً في حالاتهم النفـسية . إن الفضل في المناقشة التحليليـة يرجع إلى بيون حيث كان يتعامل مع الأعداد الكبـيرة من المرضى المتأثرين بالكرب الناتج عن اشتراكـهم في الحرب (العالمية) . فكانت الضـرورة تحتم عليه أن يلتقي بهم كجـماعة . وكان ، كمحلل نفسي ، يميل إلى دور المستمع مع الحـد الأدنى من التدخل . واكتشف أن الجماعات

لابد لها وأن تمر بأطوار متتالية . فتبدأ عادة بعلاقة اتكالية حيث ينتظر الجميع من القائد أن يملي عليهم ما يجب أن يفعلوا . ثم تأتي مرحلة القتال والهرب (الكر والفر) حيث يتصارع أعضاء المجموعة على القيادة . وأخيراً تأتي مرحلة التزاوج حيث تنقسم الجماعة الكبيرة إلى ثنائيات أو جماعات صغيرة . وهي كلها مراحل لها جوانبها السلبية والإيجابية . كما أن المجموعة ككل تنصهر وتصبح مجموعة حيث يكون العمل هو الهدف المشترك الذي يلتف حوله الجميع . إلا أن هناك شداً (مرضياً) يجذب المجموعة إلى السعي لإشباع احتياجات (عاجلة) لا شعورية . وهي ما يصفها بيون بالافتراضات الأساسية .

وفي مواجهة هذا الاتجاه للتعامل مع المجموعة ككل ظهرت اتجاهات أخرى تدعو إلى التعامل مع الفرد في المجموعة ؛ فيتعمق التفاعل مع الفرد على حساب المساواة في توزيع الاهتمام . ولكن المشاركين بالمساهمة يشتركون ويتفاعلون بوجدانهم فتعم الفائدة رغم أن الاهتمام كان منصباً على فرد .

وبالتوازي ظهر **المسرح النفسي** الذي أبدع في وضع أسسه مورينو . فالمريض يجد يسراً في التعبير عما يخجل منه إذا ما طلب منه أن يرتجل مسرحية وأدوار تعكس ، بإرادته أو بدونها ، مشاكله الخاصة ، ويستفيد المشاركون في الأدوار (وهم عادة من المرضى الذين اكتسبوا خبرة في هذا المجال فأصبحوا بمثابة المعالج المساعد) . وقد طبق مورينو هذا الأسلوب على مساحة واسعة تشمل أمراضاً مختلفة ، وتتسع لأعداد كبيرة ، بل وفي مجالات خارج مفهوم المعالجة مثل التعليم والتطوير الإداري وحل الصراعات .

أما **العلاج البيئي** ، وهو يعتبر من امتدادات العلاج النفسي ، فقد قام على برمجة البيئة التي يعيش فيها المرضى لتشمل نشاطات مختلفة يشارك في وضعها وتنفيذها المرضى ، فيكتسبون المهارات الاجتماعية والنفسية إلى تؤهلهم للشفاء .

وهنا يجب الإشارة إلى الوسائل المعاونة للمعالجة النفسية ، مثل استخدام **الرسم والنحت والموسيقى والغناء** وغير ذلك من الفنون بما يعاونون به المعالجة النفسية بل ربما يصبح بديلاً لها . وكذلك **المعالجة بالنشاط والعمل والتأهيل المهني** . فالنشاط البدني من حيث المبدأ له آثار نفسية وفيزلوجية تؤدي إلى الاسترخاء بل إلى توسيع دائرة الوعي والوصول إلى مراتب من الوجد الصوفي .

وقد ابتدعت وسائل معاونة للتعجيل بمثل هذا التطور النفسي وتحويل ما كان يبدو أنه خبرة ذُهَانية إلى خبرة صوفية . من هذه الوسائل استخدام أجهزة خاصة كالارتجاع البيولوجي biofeedback . ومن أهمها جهاز مرآة المخ الذي يعاون الفرد على الارتقاء بحالة وعيه إلى مراتب عليا . وقد يستخدم كتطوير أو تنمية للنفس فيما بعد المعالجة ، أو قد يدمج ضمن المعالجة بأن يسبقها أو يصاحبها . ولذا اخترنا تسمية تجمع مفهومي التصوف والاستعانة بالتكنولوجيا الإلكترونية الحديثة : **الصوفيترونيا** .

التدريـــب

تعتبر المعالجة النفسية مهارة تستخدم فيـها كأداة أساسية شخصية المعالج. فهي أقرب إلى الفن منها للعلم . ولذا لابد أن يكون الأساس في التدريب أن عليه أن يؤدي إلى إصلاح شـخصية المعالج نفسه . ويقوم على مـعايشة المعالج لدور المـريض ويكتسب بذلك خبرة ذاتيـة . وقد كان التـحليل النفسي يتطلب مرور المعالج بخبرة المعالجة مع محلّل نفسي مُدَرّب قد تستمر أعواماً طويلة وتتكلف الكثير .

ويتلو ذلك في الأهمية ، وإن من الممكن أن يواكبه ، اكتسـاب المهارات العلاجية بأن يقوم المعالج بتحليل حالتين على الأقل تحت إشراف معالج مدرب . أي أن يكون التدريب عملياً بالممارسة .

ويتواكب مع هذا اشتـراكه في حلقات دراسية يكتـسب فيها الأساس النظري ، سواء كـان توجهه عملياً بأن يتعلم آليات المعالجة أو نظرياً عاماً يبلور مفهوماً متكاملاً للنفس البشرية .

إلا أن هذا النهج في التدريب كان مكلفاً ويـستغرق وقتاً طويلاً . وبالتجربة ، وبعـد تفنيد الكثير من الأسس النظرية للتحليل النفسي ، وجد أنه من الممكن أن يخـتصر التدريب بأن يكون الانتقاء في البداية لشـخـصية المعالج آخذيـن في الاعتبار الصفـات المطلوبة أصلاً في المعالج الجـيد ، كان يكون محباً ، دافئاً ، قـادراً على الاستبصار ، يميل إلى تطوير نفسه والاستبصـار بها ، مجيداً للإنصات ، وقادراً علـى التعاطـف ومشاركـة الغير آلامـهم ، مرن في شـخصـيتـه بما يجعله دائم التطويـر لها وإصلاحـها ، قادراً على النكوص ، يولّد شـخصيته ويعيد ميلادها بيسـر ، وغير ذلك من صفات . كما وجد أن التدريب في إطار علاجي جماعي يحـقق أكثر من هدف : فهو ليس مجرد أقل تكلفة ، ولكنه يعطي للمشارك فرصة تبادل الأدوار في عملية واحدة : فـهو معالج مريض طالب مُتَعَلّم معاً . وهو مشارك مـعايش ملاحظ مشـاهد معاً . كما أن تـأثير الجماعة يفـوق الجمع الحسابي لمحـتوى ما يحدث فيها . فالجماعة تيسر تصعـيد التعبير اللفظي واللالفظي عن المشاعر وتعجل بظهورها . وهي في النهاية تكسبه المهارة على مستويات عدة : المعـالجة الفردية ومع المجموعة ومع الأسرة وبالاستعانة بالمسرح النفسي وغير ذلك من آليات يصعب اكتسابها في الإطار الفردي .

وختاماً فإن أهمـية العوامل الثقافية في تكوين الشـخصية تتطلب أن يكون **التدريب باللغة الوطنية** ومع أفراد لهم جذور ثقافـية مشتركة . وهو الأمر الذي يـعجل بضرورة إيجاد معهد عـربي للمعالجة النفـسية (والعلاقـات الإنسانية بصفة عامة) . ويفضل أن يكتسب المعـالج النفسي خبرات في تطبيق قدراته على التأثيـر على وعي الإنسان وسلوكه في مجالات غـير علاجية . فـمن جانب هناك ما هو بمثابة مـعالجة الأسوياء ، أو مـا بعد المعالجـة ، والتي تهدف إلى الارتقاء بالنفس البـشرية المتطورة . فالصحـة ، كما اتفقت عليها مـنظمة الصحة العالمية ، ليـست مجرد غياب المرض . ولكنهـا تتجاوز ذلك لتجعل الإنسـان أقدر على تنمية قدراتـه والتـعبير عنها بصورة تحـقق ذاته . وهو ما صار يمارس

اليوم تحت مسميات أخرى غير العلاج بالمفهوم الطبي التقليدي ، كما يحدث في كثير من ورش العمل والمختبرات والدورات التدريبية وجماعات التنمية وجماعات اللقاء والمواجهة .

وهنا يأتي السؤال عمن هو الأصلح لممارسة المعالجة النفسية ؟ لاشك أن الطبيب لديه زاد من الخبرة في التعامل مع الآلام البشرية . ولكن كثيراً من المهارات والصفات المطلوبة في المعالج النفسي لا تتطلب كل هذه السنوات التي يقضيها الطبيب كي يكتسب الخبرة اللازمة لأن يكون معالجاً نفسياً . وقد يكون المعالج الأفضل هو الذي قضى سنوات تعليمه الأولى في اكتساب تلك الخبرات والمهارات . بل قد تكون ممارسته في الحياة في إطار مهنة أخرى (الأفضل أن تكون قريبة من العلوم الإنسانية والفنون) مؤهلة له ليكون معالجاً نفسياً جيداً ، إذا ما أكمل خبرته بدورة تدريبية في المعالجة النفسيه .

الأدويـــة النفسـانية التأثير

psychoactive drugs

الأدوية النفسـانية التأثيـر هي مواد لها مـفعول نفـسي وتستعـمل لعلاج الكثير من الاضطرابات النفـسية . ونستطيع أن نقسمها حسب استعمالاتها إلى ما يلي :

1 ـ أدوية مضـادة للذُهَان antipsychotic drugs : لعلاج الاضـطرابات النفسـية الشديـدة ، مثل ذُهَان الفُـصَـام ـ الـذُهَان العـضـوي ، ذُهَان الشيـخـوخـة . أمـثلة : كلوربرومـازين chlorpromazine ، تريفلوبرازين Trifluoperazine ، هلوبريدول Haloperidol .

2 ـ أدوية مضادة للهَوَس : مثل هلوبريدول Haloperidol ، الليثيوم Lithium.

3 ـ أدوية مضادة للاكتئاب antidepressants خاصة الاكتئاب الجسيم ، أو حالات الهَوَس الاكتئابي (المرحلة الاكتئابية) مثل أميتربتيلين Amitryptyline ، إيميبرامين Imipramine .

4 ـ أدوية مضادة للقلق antianxiety : لعلاج حالات القلق الحـادة والمزمنة ، والأرق . وقد يؤدي استعمالها المستمر إلى التعود . أمثلة : كلورديزيبوكسيد Chlordiazepoxide ، الديازيبام diaz-epam ، البرازولام .

5 ـ الأدوية المضادة لأعـراض الامتناع (أو الانسحاب) عن تعـاطي بعض المواد النفسانية التـأثير ، وتعالج هذه الأدوية متلازمة أعراض الامتناع عن تعاطي المسكرات والمخدرات أو الأفيون . فمثلاً :

ـ لعلاج أعراض الامتناع عن الخمر يعطى الديازيبام .

ـ لعلاج أعراض الامتناع عن الأفيون يوصف الكلونودين Clonidine أو الميثادون .

6 ـ الأدوية المساعـدة على المعالجة ، وهذه تسـتخدم لمعـالجة الأمراض الناشئـة عن استعـمال الأدوية المضادة للذُهَان خـاصة أعراض السـبل فوق الهرمـية مثل مـرض باركنسون الذي قد يسـتـخدم لعلاجه بنزهكسول Benzhexol .

وتتم معـالجة الاضطرابات النفسـية من خلال طرق متـعددة . ففي بعض الحـالات يكون العلاج الأولي كيميائياً . وفي حالات ثانية علاجاً نفسـياً ، وفي حالات ثالثة تكون المقاييس الاجتماعية هي أهم أنواع العلاج ، ولكن عادة ما يعـالج معظـم المرضى بالعلاج الكيميائي والنفـسي والاجتماعي معاً .

وتلعب الأدوية النفسانية التأثير دوراً كبـيراً في علاج اضطرابات الهَوَس ، ولكن دورها في معالجة الذُهَان العضوي أقل أهميـة . أما في الحالات العُصَابية فتلعب هذه الأدوية دوراً مـتواضعاً ، إلا في حالات خاصة مثل الوسواس القهري والاكتئاب الخفيف واضطراب الهَلَع .

وعادة ما تكون المعـالجة الكيميـائية موجهة لـلأعراض ، ولكن هذا لا يختلف عن معـالجة معظم الأمـراض الطبيـة الأخـرى ، مثل عـلاج أمـراض الجهـاز القلبي الدوراني ، أو أمـراض الكلى أو السـكري .

ويجب على الطبيب أن يأخـذ في الاعتبار قـبل اتخاذ قرار إعطاء الأدوية النفـسانية التأثيـر النقاط الآتية :

1 ـ هل معـاناة المريض من الشـدة من حيـث النوعية ومن حـيث الكميـة بحيث نعتـبرها أعـراضاً وعلامات مرضية ؟

2 ـ وإذا كانت كذلك هل من مصلحة المريض أن يتلقى الأدوية النفسانية التأثير أم علاجاً آخر ؟

3 ـ هل النسبة بين الأعراض المرغوبة وغير المرغوبة إيجابية وتسمح بإعطائها ؟

المعالجة أثناء الحمل والرضاعـة

لم يلاحظ حتى الآن أعراض جانبية أو تشوهات خلقـية من تأثير استعمال الأدوية المضادة للذُهَان أو المضادة للاكتئاب على الجنين سواء من الذُهَانيين أو غير الذُهَانيين . ولكن يحتمل أن يكون لليثيوم Lithium تأثيراً بسيطاً ، حـيث لوحظ أنه توجد نسبة أكثر من تشـوهات الجهاز القلبي الدوراني في الأطفال المولودين للأمهات اللاتي تعاطين الليثيوم في الثلاثة شهور الأولى من الحمل .

إنه لمن السـهـولة والبساطة أن نـنصح كل امرأة حامل بألا تأخـذ أي أدوية نفسـانية التـأثير أثناء الحمل ، خاصة أثناء الثلاثة شهور الأولى ، ولكن واقع الحيـاة معقد أكثر من ذلك ، فبعض المرضى يتحتم استمـرارهم في العلاج لمنع نكسات الاكتئاب والفُصَام ، ومع ذلك فهن في حـالة طيبة لتحمل مسـؤولية الأمومـة ، ولكن إذا كانت خطورة الانتكاس الذُهَاني عـالية فـمن الأفضل الاستـمرار في العلاج آخذين في الاعـتبار أن التشوهات الخلقية والـتأثيرات الجانبية لهذه الأدويـة ضئيلة جداً ، وأن الحالة النفسية وحسن الحال للأم في طوال فترة الحمل على قدر كبير من الأهمية . ولكن هذه المشكلة تحتاج إلى اعتبارات خاصة من الطبيب ومن المريض .

وحيث أن معظم الأدوية النفسـانية التأثير تُطرح في لبن الأم ، لذا تعد نصيـحة الطبيب من حيث الرضاعة الطبيعية من الثدي أو التغذية بالزجاجة ضرورية حسب حالة المريضة .

الأدويــة المضادة للذُهان

neuroleptics, antipsychotics

دواعي الاستعمال :

- ذُهان الفُصَام .
- بعض الذُهَانات العضوية (خاصة ذُهَانات الشيخوخة) .
- بعض المتلازمات العضوية الناجمة عن مرضٍ دماغي .
- حالات الهياج بأسبابها المختلفة .

أنواع المركبات

يوجد نوعان : نوع ذو جرعات كبيرة وآخر ذو جرعـات صغيرة ، فالأدوية ذات الجرعات الكبيرة مثل الكلوربرومازين Chlorpromazine لها خواص الطمـأنينة والتهدئة ويستـحسن استعـمالها في الحالات الحادة المصحوبة بالتوتر والقلق والتشـوش ، وهي أقل تأثيراً في علاج الأعراض الذُهَانية مثل الهلاوس والتفكـير الزوراني (البارنويدي)، أما الأدوية ذات الجـرعات الصغيرة مـثل ترايفلوبيرازين Trifluoperazine وفلوفينازين Fluphenazine والهالوبريدول Haloperidol فلها تأثير أقل في التهدئة ، ولكنها ذات تأثير نوعي متخصص ضد الهلاوس والتفكير الزوراني أو البارانويدي .

التأثيرات الجانبية

1 ـ التهدئة الزائدة .

2 ـ التأثيرات في الجهاز القلبي الدوراني : انخفاض ضغط الدم ، وسرعة ضربات القلب .

3 ـ الجهـاز العصبي : الجـهاز (المجمـوع) فوق الهرمي : تؤثـر مضادات الذُهَان على هذا الجـهاز بدرجات متفاوتة وهذا الجهاز له أهميته الخـاصة في الحركة السهلة السريعة للعضلات الإرادية ، وقد يؤدي تأثره إلى :

1 ـ مرض باركنسون Parkinson disease : والذي يصيب المسنين ، ويتميز بوجود رُعَاش باليدين متكرر ومـنتظم وشديد مع تيـبس في العضلات ، واخـتفـاء التعبـير الوجـهي ، مع سيـر مميز بخطوات بطيئة بطرق مختلفة .

2 ـ حالات خَـلَل الحركـة الحاده acute dyskinesia : أو (اضطرابات العضـلات الحاد) وهنا تتقلص بصـفة مستـمرة مجـموعات من عضـلات الرقبة والفك والعين ، وتؤدي إلى اعـوجاج خلفي أو أمامي في الرقـبة ، وكذلك يصـيب عسر الحركـة الفك بالتقلص الحاد بحـيث يصعب

على المريض فتحه ، وتتجه العين إلى أعلى مع عدم قـدرة المريض على خفضها. ويتم علاجها بإعطاء عقار الديازيبام Diazepam بالوريد ، أو زيادة كميـه الأدويه المضادة للشلل الرعاش أو تغيير العلاج .

3 ـ تعذر الجلوس acathisia : ويتميز ذلك بالحـركة المستمرة . وعدم القدرة على التـحكم فيها . ولذا يغيـر المريض مكانه بسرعة ويستـمر بالحركـة ذهاباً وإياباً في الحجرة ، وعادة تخـتفي هذه الأعراض الجـانبيـة مع خفض كـميـة الدواء أو إعطاء مضـادات الكولين ، أو مضـادات مرض باركنـسون مثل بنزهكسول Benzhexol .

4 ـ خَلَلٌ الحركة المتأخر delayed dyskinesia : وهنا يلاحظ المضغ المتكرر وحركة مستمرة للشفة واللسان والخدود، وعـادة نرى هذه الأعراض في المرضى المسنين بعد استعمـال مضادات الذُهَان لمدة طويلة . وقد تكون هذه الأعراض غـير قابلة للشفاء ، وتزيد مضادات الباركنسونية من هذه الحركات اللاإرادية بعكس الأعراض السابق ذكـرها . ولذا يجب خفض مضادات الذُهَان بطريقة بطيئة في هذه الحالة .

5 ـ الاختلاجات convulsions : تسبب مضادات الذُهَان خفض عتبة الصرع .

6 ـ الجهـاز العصبـــي اللاإرادي : نشـوش الرؤية ، جفاف الأغـشية المخاطيـة ، صعوبة التـبول ، اضطراب في القذف .

7 ـ اضطرابات الاستقلاب (الأيض) واضطراب عمل الهرمونات .

(أ) مضاد الذُهَان ذو الجرعات الكبيرة

الاسم الجنيس **كلوربرومازين** Chlorpromazine ويتوفر بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية ووريدية وتحاميل شرجية وتتراوح الجرعة بين 25 ميلي غرام ـ 300 ميلي غرام ثلاث مرات يومياً .

إذا أعطي بالحقن العضلي فتحتسب الجرعة 50% من العلاج بالأقراص ، ويحتاج المرضى المسنون والذين يعانون من سوء التغذية لجرعات أقل .

(ب) مضاد للذُهَان ذو الجرعات الصغيرة

الاسم الجنيس : **ترايفلو برازين** Trifluoperazine ويتوافر بشكل أقراص ، وتتراوح الجرعة بين 5 ـ 40 ميلي غرام يـوميا ، وهناك المركبات الـطويلة المفعول لعلاج المتـابعة ، وتتوفر في هيـئة حقن طويلة المفعول تعطى كل أسبوعين إلى ثلاث أسابيع بمقدار 25 ميلي غرام .

(ج) مضاد الذُهَان ومضاد الهَوَس

الاسم الجنيس generic name : **هالوبريدول** Haloperidol يحتمل أن يكون أفضل علاج حالياً للهَوَس نظراً لسرعة تأثيره وتفاعله الواضح ، وإذا كان لابد من منع نكس المرض فيفضل هنا الليثيوم Lithium . ويتوافر بشكل أقراص ، وتتراوح الجرعة بين 5 ـ 40 ميلي غرام ، أو حقنة في العضل بمقدار 50 و100 ميلي غرام تعطى كل 4 أسابيع مضاد للذُهَان طويل المفعول (بالفم) .

الاسم الجنيس **بيموزايد** Pimozide لعلاج مرضى الفُصَام لمدة طويلة ، خاصة إذا كان تعاونهم محدوداً مع عدم رغبتهم في تناول العلاج بانتظام ، وكان اتجاههم سلبياً مع رفض الحقن ، ولكن لا مانع عندهم من تناول أقراص بالفم تحت الإشراف الطبي . بمقدار 4 ـ 16 ميلي غرام يومياً وتعطى صباحاً في جرعة واحدة .

بعض الأدوية المضادة للذُهَان

ملخص التأثيرات المطلوبة	ذو الجرعات الكبيرة (لارغاكتيل)	ذو الجرعات الصغيرة (ترايفلوبيرازين)	ملاحظات
مضاد للهلاوس	++	+++	يفضل أدوية الجرعات الصغيرة
مضاد للبارانويا	+	++	يفضل أدوية الجرعات الصغيرة
مضاد للذُهَان ذو تأثير مهدئ مميز	+++	++	تستعمل أدوية الجرعات الكبيرة عند اللزوم
تأثير مهدئ غير مميز للذُهَان	+++	+	من النادر الحاجة إليه
التأثيرات الجانبية			
تهدئة زائدة	+++	+	يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة
انخفاض في ضغط الدم	++	+	يغير العلاج إلى دواء صغير الجرعة
أعراض فوق الهرمية	+	+++	يعطى مضاد الباركنسونية ويحاول خفضه بعد مدة حتى يتسنى معرفة ضرورة استمرار العلاج المساند
صعوبة في التبول	++	+	تعطى أدوية حاصرة للكولين مثل البروستيغمين أو يغير لدواء ذي جرعة صغيرة
زيادة في الوزن	++	+	نصائح لتوعيه الطعام ولو أن تأثير ذلك متواضع مثل معظم برامج التغذية
يرقان	+		يوقف العلاج ويغير لنوع آخر
حروق الشمس الشديدة	+	+	يغير إلى مضاد ذُهَاني آخر
نقص كريات الدم البيضاء	++	+	يجب مراعاة الأعراض السريرية حتى أن لم تتيسر الفحوصات المختبرية وأن لوحظ ذلك يجب وقف الدواء فورا
التأثيرات الضارة			
انخفاض ضغط الدم	++	+	وضع الاستلقاء ، واعطاء نورابينفرين في الوريد في المجالات الشديدة
عدم القدرة على التحكم في الحرارة	++	+	التدابير اللازمة لإعادة درجة الحرارة إلى طبيعتها ديازيبام في الوريد

مضادات الاكتئاب

antidepressants

دواعي الاستعمال : الاكتئاب الجسيم أو السوداوية melancholia ، ذُهَان الهَوَس الاكتئابي ، النوبة الاكتئابية .

أنواع المركبات

1 ـ مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات Tricychlic: يتناول المريض عادة هذه الأدوية على هيئة أقراص . وهي الاختيار الأول في علاج الاكتئاب .

2 ـ مثبطات إنزيم أكسيداز الأمينات الأحادية Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI) : وهذه الأدوية ذات فائدة في علاج بعض مرضى الاكتئاب . ولكن يتحدد استعمالها بوجود المريض الذي يتعاون مع الطبيب ، نظراً لتفاعل هذا الدواء مع بعض الأدوية الأخرى وبعض أنواع الطعام . وفي هذا الفصل لن نسعرض لتفاصيل عن هذه المركبات ولكن الجدير بالذكر أن استعمال هذه المركبات يحتاج إلى خبرة واهتمام خاص حتى يتسنى للمريض السلامة .

3 ـ اعتبارات خاصة : مازال العلاج بالجلسات الكهربائية (مُزَامَنَة إيقاع الدماغ) هو أكثر العلاجات قوة وفائدة في حالات الاكتئاب الشديدة ، خاصة المصحوبة بالميول الانتحارية . ولن نسهب في وصف الجلسات الكهربائية . ولكن يجب أن نعلم أنها البديل لمضادات الاكتئاب في حالة عدم استجابة المريض لها . ولكن يجب أن تعطى هذه الجلسات من قِبل الأطباء المتدربين على ذلك .

4 ـ تبدأ فاعلية هذه الأدوية بعد 3-6 أسابيع ، ويجب أن تستمر لمدة لا تقل عن 3-6 شهور يقرر بعدها علاج المتابعة لسنوات طويلة أو عدم الحاجة إليه ، حسب حالة المريض وعدد النكسات .

مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants

التأثيرات المطلوبة

1 ـ التأثير على المزاج المكتئب : بالرغم من أن هذه المركبات لها تأثيرها الفعال على أعراض الاكتئاب إلا أنها تتميز بتأثيرها الواضح والمتخصص في المزاج الاكتئابي المرضي ، مثل الاكتئاب الداخلي أو السوداوية melancholia .

2 ـ التأثير المهدئ : وهذا أقل وضوحاً وأهمية من التأثير الأول ، فبعض مضادات الاكتئاب مثل ايميبرامين Imipramine يقال عنها أنها تنشط الفرد وتقلل من المعاندة والسلبية . والبعض الآخر مثل اميتريبتيلين Amitryptaline يقال إنها مهدئة ، ويعتمد هذا الاختلاف عادة على التقدير

السريري (الإكلينيكي) وليس على أسس علمية . ولا يصح استعمال خواص التهدئة في حالات لا ينطبق عليها تشخيص هذه الاضطرابات .

التأثيرات غير المرغوبة : مثل مضادات الذُهَان تقريباً .

نقاط هامة في تأثير مضـادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricyclic antidepressants وجلسات الكهرباء

تستمر النوبه الاكتئابية لمدة غير محدودة ، ولكنها تتراوح عادة بين 3 إلى 6 شهور ، ولكن في حالات استثنائية قد تستمر فترة تتراوح بين بضعة أيام إلى عدة سنوات . وتؤدي الأدوية المضادة للاكتئاب إلى شفاء الأعراض في فترة تتراوح بين 3 إلى 5 أسابيع في حوالي 60-75% من الحالات .

وإذا قارنا جلسات الكهرباء فنجد أن نسبة شفائها لهذه الحالات حوالي 80 إلى 85% . أما الشفاء التلقائي في الاكتئاب فيتراوح بين 20 و25% .

أما تأثير هذه الأدوية على الحالات العُصَابية فهو أقل قوة ، ولا نستطيع التنبؤ بشفاء المريض ولكن تظهر الأعراض الجانبيه في هذه الحالات العُصَابية بطريقة واضحة خاصة كثرة النوم والإعياء والدوار .

وتؤثر مضادات الاكتئاب على أعراض الاكتئاب ولكنها لا توقف طبيعة المرض تماماً ، ولذا فقد ينكس المريض إذا أوقفنا العلاج قبل شفائه التلقائي ، لذا يستحسن أن تستمر المعالجة بمضادات الاكتئاب لمدة تتراوح بين 3-6 شهور ، وهي المدة الكافية لشفاء المريض . بحيث يكون أثناءها بدون أعراض سوداوية ، بحيث يصبح المعالج في حالة وضوح تام لاحتمال عودة الأعراض من عدمه . ولكن الملاحظة الهامة هنا أنه إذا حدثت النكسات أثناء تخفيض الجرعة فإن عودة الجرعة الأولى سيجعل المريض في حالة أفضل مع اختفاء الأعراض في خلال أيام بسيطة ، وهذا معاكس تماماً للمدة التي يحتاجها العلاج في البداية ليتضح تأثيره بين أسبوعين إلى 4 أسابيع . وهذه الملاحظة لا يمكن تفسيرها علمياً . ويحتاج بعض المرضى إلى الاستمرار في هذه الأدوية لمدة سنة أو أكثر . وهنا يستحسن أن نسمي هذا العلاج بالعلاج الوقائي للنكسات .

بعض مضـادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات

الاسم الجنيس **أميتريبتالين** Amitryptaline

دواعي الاستعمال : الاكتئاب الجسيم ، السوداوية melancholia ذُهَان الهَوَس الاكتئابي ، النوبة الاكتئابية (تأثيرات مهدئة غير مضافة إلى المفعول المضاد للاكتئاب) .

يتعـذر الاستعمال في : أمراض القلب والمخ الشديدة ، وحالات الغيبوبة coma الناجمة عن التسمم بالأدوية النفسانية التأثير ، وأورام المخ ، والأمراض المعدية والتي تؤثر على المراكز المخية لضغط الدم، وتضخم البروستاتة ، خاصة مع سوابق احتباس البول . والانتقال من المعالجة بمثبطات إنزيم لأكسيداز الأمينات الأحادية إلى المركبات الثلاثية الحلقات ولكن ليس العكس . ويتوفر بشكل أقراص أو كبسولات وتتراوح الجرعة بين 50 ـ 200 ميلي غرام يومياً .

الاسم الجنيس **أيميرامين** Imipramine

دواعي الاستعمال : مثل الأميتريبتالين ولكنه أقل تهدئة .

تعذّر الاستعمال : مثل الاميتريبتالين ، لا مانع من إضافة مثبطات إنزيم آكسيداز الأمينات الأحادية (MAOI) بعد الدواء ولكن ليس العكس . ويتوفر بشكل أقراص وكبسولات وحقن عضلية . وتتراوح الجرعة بين 50 ـ 200 ميلي غرام يوميا .

مضـــادات الهَوَس
antimaniacs

أنواع المركبات

1 ـ **مضادات الذُّهَان** : إن تأثير مـضادات الذُهَان على حـالات الهَوَس تأثيـر غير نوعي ممـا يجعل اختـيار الدواء أمـراً مجـازياً ، ويفضل هنـا إعطاء مضـادات ذُهَان من ذوات الجرعـة الصغـيرة وأفضلها دواء الهالوبـريدول Haloperidole ، الذي يبدأ تأثيره خلال الأيام الأولى من تناول العلاج .

2 ـ **أملاح الليثيوم** Lithium: إن استعماله في معالجة الهَوَس (وفي المعالجة الوقائية لنوبات الهَوَس والاكتـئاب وفي الاضطرابات الوجدانيـة لمنع النكسات) هو أكثـر نوعبة من أي عـلاج آخر في الطب النفسي الحديث ، والعيب الوحيـد في هذا الدواء خاصة في الهَوَس الحاد هو أن تأثيره لا يبدأ إلا بعد 4 إلى 10 أيام (أي أبطأ من الهالوبريدول) ، ولكن يغلب أن يتقبل المريض علاج الليثيوم ، حيث أنه لا يشـــعر أنه تحت تأثير دواء مهدئ ، أو كما يقولون أدوية أعصَاب . ولا يجب استعمال أملاح الليثيوم إلا إذا توافرت التسهيلات الكافية لقياس نسبة الليثيوم في الدم .

الاسم الجنيس : **كربونات الليثيوم**

المراقبة السريرية (الإكلينيكية) والمختبرية

قبل العلاج : كرياتينين الدم ، يوريا الدم ، وفي بـعض الحالات ضغط الدم ، تخطيط كهـربية القلب ، صورة شعاعية للصدر ، فحص الغدة الدرقية .

أثناء العلاج : تحليل الليثيوم في البلازما (12 ساعة بعد الجرعة الأخيرة) .

تحسب الجرعـات بالميلي غرام فقط في حـالة كربونات الليثيـوم ، أما في حالة الأملاح فـتحسب الجرعة بالمول ويمكن أن يعطى جرعة واحدة يومية تؤخذ الساعة العاشرة مساء (900 ـ 2400) ميلي غرام ، أو تعطى جرعـتين يومياً ، تؤخذ في الثـامنة صباحاً والعـاشـرة مساء (300 ـ 900) ميلي غرام .

الأدوية المزيلة للقلق
anxiolytics

دواعي الاستعمال

القلق الحاد والمزمن ، الأرق الحاد الشديد ، الأعراض الناتجة عن توقف الكحول أو الأدوية المهدئة ، الحالة الصرعية .

أنواع المركبات

1 ـ **بنزوديازيبين** Benzodiazepines : تستعمل هذه المركبات بكثرة نظراً لتأثيرها المضاد للقلق ولخواصها المنومة والمهدئة ، ولكن استعمالها المستمر قد يؤدي إلى زيادة الجرعة وأحياناً إلى الاعتماد ، ولكن بالمقارنة بالأدوية الأخرى تعتبر مركبات البنزوديازيبين علاجات آمنة ، حيث أن نسبة الوفيات بعد تناول كميات زائدة تكون منخفضة جداً ، وكذلك فالأعراض الجانبية الرئيسية قليلة إلى حد كبير .

2 ـ **مضادات الذُهَان** : مضادات الذُهَان ذات الجرعة الكبيرة لها من الخواص غير النوعية التأثير التخديري خاصة في المرضى غير الذُهَانيين ، ولكن نظراً لتأثيرها الفارماكولوجي المختلف والأعراض الجانبية الكثيرة يرفض المريض هذا النوع من العلاج ، ولكن إذا أعطيت هذه الأدوية بكميات صغيرة تكون بديلاً صالحاً للبنزوديازيبين ، خاصة إذا كانت استجابة المريض للأدويه الأخيرة غير سليمة ، أو كان تاريخه المرضي (سوابقه المرضية) يدل على زيادة استعماله لهذه الأدوية أو الكحول .

3 ـ **الباربتيوريات** Barbiturates: تؤثر هذه الأدوية لكونها منومة مضادة للقلق من النوع المتوسط ، ولكنها تسبب الاعتماد ، ويعتبر استعمال هذا الدواء في كثير من الأحوال من الممارسات القديمة ، نظراً لانتشار استعمالها في فترة سابقة ، كذلك الأعراض الجانبية الشديدة الناتجة عن توقف الدواء كانت تهدد الحياة أحياناً ، يزيد على ذلك أن استعماله بغرض الانتحار يكون عادةً ناجحاً وكثيراً ما يؤدي إلى الوفاة .

4 ـ أدوية لا ينصح باستعمالها : لا توجد ميزات دوائية للمبروبامات Meprobamate عن البنزوديازيبين ومضادات الذُهَان ذات الجرعة الكبيرة فهي تؤدي إلى تسمم خطير في محاولات الانتحار مع انخفاض شديد في ضغط الدم ، لذا لا يوصى باستعمال هذا الدواء في الوقت الحالي .

البنزوديازيين

التأثيرات المطلوبة :

1 ـ تخفيف القلق .

2 ـ التأثير التنويمي .

3 ـ التأثير المضاد للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان

4 ـ التأثير المضاد للصرع : يعتبر الديازيبام هو الدواء المفضل إعطاؤه في الوريد في الحالات الصرعية ، وفي حالات الصرع أو الاختلاجات الناتجة من ارتفاع درجة الحرارة في الأطفال . ونظراً لقصر مدة نشاط هذا العقار في الجسم ، فلا يصلح لعلاج حالات الصرع العادية .

الاسم الجنيس : **ديازيبام** Diazepam ، ويتوفر بشكل أقراص أو كبسولات وحقن عضلية ووريدية وتتراوح الجرعات بين 5 ـ 20 ميلي غرام يومياً كمضاد للقلق . وكمضاد لأعراض توقف الاعتماد على الدواء يعطى بمقدار 10 ـ 20 ميلي غرام يومياً .

وكمضاد للصرع (الحالة الصرعية) يعطي وريدياً بمقدار 10 ـ 20 ميلي غرام على ألا يزيد عن 200 ميلي غرام في اليوم .

الأدوية المضادة للأعراض الناتجة عن توقف الإدمان والتعود

دواعي الاستعمال :

الامتناع عن الأفيون ، الامتناع عن الكحول ، الامتناع عن الأدوية المنومة ، الامتناع عن الأدوية المهدئة ، الامتناع عن الأدوية المضادة للقلق .

أنواع المركبات

1 ـ **الميثادون** ولو أنه في ذاته أفيوني إلا أن نصف الحياة في البلازما تمتد لمدة أطول عن باقي أنواع الأفيونات مثل المورفين والهيروين كذلك فهو أكثر نشاطاً ويعطى بالفم .

2 ـ **البنزوديازيين (ديازيبام)** ويفيد ذلك في توقف تعاطي الكحول وباقي الأدوية ولكنه لا يفيد في حالات الأفيون .

المعالجة بالكهرباء
(مُزَامَنَة إيقاع الدماغ)

مازالت جلسات المعالجة بالكهرباء أكثر العلاجات تأثيراً وقوة في حالات الاكتئاب التي تهدد حياة الفرد ، ولقد اختفت الآن معظم الأعراض الجانبية المعروفة سابقاً عن جلسات المعالجة بالكهرباء بعد إدخال نظام التخدير العام واسترخاء العضلات والأكسجين عند تطبيق المعالجة بالكهرباء . وما تبقى من الأعراض الجانبية هو بعض الاضطراب في الذاكرة ، للأحداث القريبة ، ولكن حتى ذلك قل كثيراً بعد المعالجة بالكهرباء على الفص غير السائد في المخ ، ولكن مشكلة النسيان لم تحل تماماً . قد يساء استعمال الكهرباء مثل أي علاج آخر ، ولكن نعتقد أنه قد بولغ في سرد سوء استعمال الكهرباء ، ونتمنى في المستقبل القريب أن نجد مضاداً للاكتئاب يتفوق على مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات وجلسات الكهرباء ، ولكن في الوقت الحالي نعتقد أنه من غير الممكن ألا نعطي هذه العلاجات للمرضى المكتئبين ، آخذين في الاعتبار احتياجات كل مريض حسب حالته ، ولا تختلف كثيراً المدة التي يحتاجها المريض للاستجابة للمعالجة بالكهرباء أو مضادات الاكتئاب . فيحتاج معظم المرضى من 6 إلى 12 جلسة كهربائية ، إذا أعطنا جلستين إلى ثلاث كل أسبوع فمعنى ذلك أن العلاج سيحتاج من ثلاثة إلى خمسة أسابيع ، وهذ المدة الكافية للأدوية المضادة للاكتئاب لتصل إلى الحد الأقصى في التأثير

أما المرضى ذوو الاكتئاب الشديد والميول الانتحارية فتعتبر الجلسات الكهربائية عملية إنقاذ للحياة بالنسبة لهم .

وتعطى جلسات الكهرباء أحياناً لحالات الهَوَس والفُصَام الحاد ، حتى يتسنى إعطاؤهم العلاج الخاص بهم .

وقد تعددت نظريات كيفية عمل جلسات الكهرباء ، ويكفي القول إن لها تأثيراً معدلاً على النواقل العصبية neurotransmitters في المخ المسببة لاضطراب المزاج ، والسلوك ، والتفكير واضطرابات الحركة .

ويجب أن نتوقف عن استعمال كلمة صدمات الكهرباء حيث أن العلاج المعدل الآن لا يسبب أي صدمات ، ومن ثم ندعو إلى تسميتها بجلسات تنظيم أو مُزَامَنَة إيقاع الدماغ .

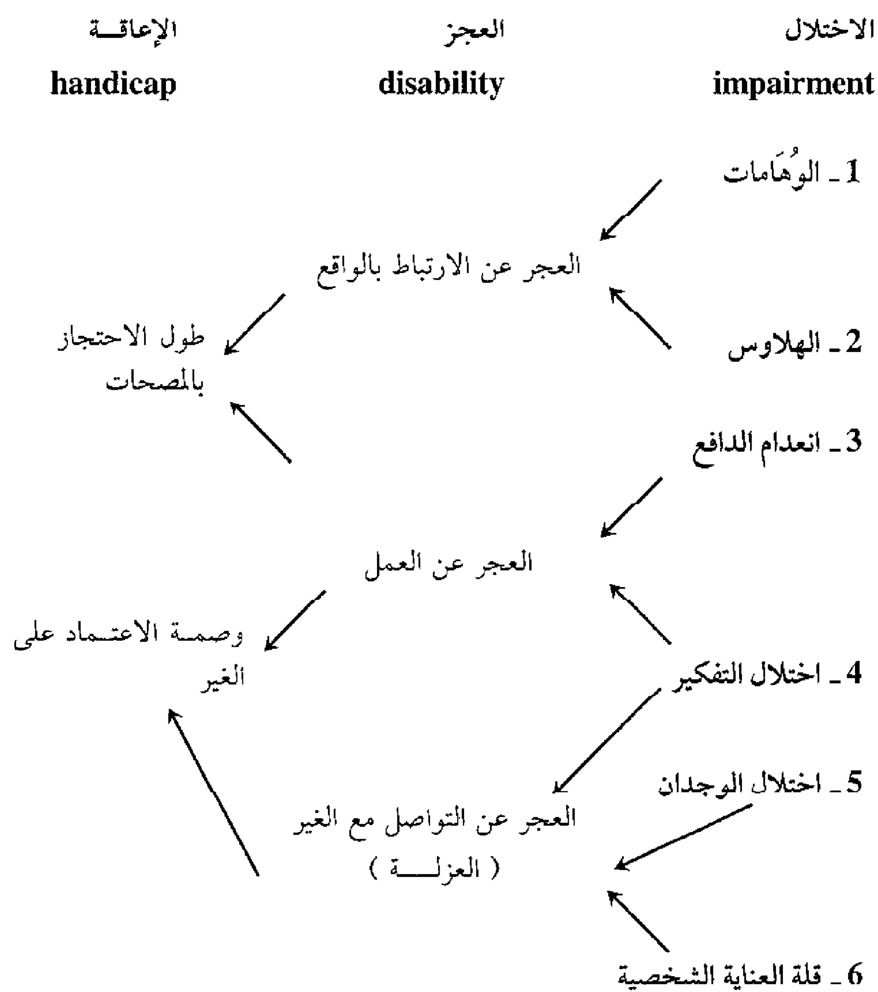
التأهيـــل النفسي

psychiatric rehabilitation

الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام
الأستاذ الدكتور محمد خليل الحداد

التأهيل النفسي هو دعم واستعادة التوافق النفسي بين الفرد وبيئته . ينقص الاضطراب النفسي من كفاءة الوظائف النفسـية للفرد بما يحدثه من اختلال ، ويساهم الاختـلال في إحداث عجز نفسي في العديد من الوظائف ، وإذا تعددت نواحي العجز النفـسي أدى ذلك إلى الإعاقة في المجتمع . يسعى علاج الاضطراب النفـسي إلى رفع الأداء النفسي للمريض حـتى يفي مما يطلب منه في بيئـات العمل والأسرة والبيئة العامة ، وإذا ظل هذا الأداء قاصراً رغم العلاج لزم تخفيض ما يطلب من المريض في بيئاته حتى يستعيد التوافق أو الملاءمة بين مـا يستطيع المريض وما تطالب البيئة والتأهيل النفسي يغير ويبدل في بيئة الفرد لتناسب قدرات المريض ، ويدرب قدرات الفرد حتى يعوض السوي منها ما ضاع أو نقص بسبب المرض . ولذلك فـهو ضروري للمـرضى الذين لا يصل تحسنهم بالعلاج إلى الشـفاء الكامل ، كما يحدث في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الفُصَام .

وفي الفُصَام على سـبيل المثال تؤدي الوُهَامات (الضلالات) والهلاوس إلى العـجز عن الارتباط بالواقع ، كما تؤدي قلـة الدافع واختلال التفكير إلى العـجز عن العمل ، وتؤدي اختـلالات التفكير والوجدان والعناية الشخصية إلى العجز عن التـواصل مع الغير (العزلة) . وبالتالي يؤدي العجز عن الارتباط بالواقع والعجـز عن العمل إلى الإعاقة بطول الاحتـجاز بالمصحات ، كمـا يؤدي العجز عن العمل والعزلة إلى إعاقة ناجمة عن الوصمة الاجتماعية لدوام اعتماد الفُصَامي على غيره لإعاشته كما هو موضح في ما يلي :


الإعاقـة
handicap
العجز
disability
الاختلال
impairment
1 ـ الوُهَامات
العجز عن الارتباط بالواقع
طول الاحتجاز
بالمصحات
2 ـ الهلاوس
3 ـ انعدام الدافع
العجز عن العمل
وصمـة الاعتـماد على
الغير
4 ـ اختلال التفكير
5 ـ اختلال الوجدان
العجز عن التواصل مع الغير
(العزلـــة)
6 ـ قلة العناية الشخصية

التأهيل في الأسرة

يبدأ ذلك بتعريف أفراد الأسرة بقدرات المريض التي حدّ منها المرض حتى لا يصفوه بالكسل أوعدم السعي والاجتهاد كغيره . كما يلزم تنبيههم في نفس الوقت إلى قدرات المريض المتبقية ومدى ما تسمح به من العناية بنفسه ورعاية أموره الشخصية . ويسعى التأهيل الأسرى إلى تجنب النقد غير البناء الخالي من الحنان ، وتجنب فرط الحماية للمريض ، لأن ذلك يفقد المريض الشعور بكيانه إذا أعفى من كل المسؤوليات ، وضمور قدرته على الرعاية الشخصية لنفسه في النوم والاستيقاظ وتناول الطعام وارتداء الثياب والنظافة البدنية . وحتى إذا كان المريض مقيماً لفترة طويلة أو بصفة دائمة في مصحة ، وجب على هيئة التمريض والعلاج أن يلتزموا بنفس هذه الاتجاهات التي تلتزم بها الأسرة نحو المرضى الذي يعيشون خارج المصحات في أسرهم ، وأن يكلوا إلى المريض أقصى ما يمكنه تدبره من رعاية أموره الشخصية .

التأهيل في العمل

إذا انتقص المرض النفسي من قدرة المريض على أداء عمله الأصلي يمكن تأهيله بتنمية قدراته المتبقية في اتجاهات أخرى لأعمال مختلفة أو تخفيض متطلبات عمله ؛ كأن ينقل إلى عمل أخف من سابقه ، فإذا كان يقوم بأعمال مكتبية تستدعي كثيراً من الجهد العقلي ، يمكن أن يوصى له بعمل كاتب تسجيل لا يستدعي كثيراً من الجهد العقلي ، ويحتاج قدراً أقل من تنوع الأداء ودوام التركيز . ونلاحظ أن كثرة الإجازات المرضية وطول البعد عن العمل له آثار سيئة على التأهيل النفسي للمرضى ولذلك ينبغي قصرها على ما هو ضروري ولازم حتى لا تضمر قدرة المريض على العمل . ونجد في كثير من المصحات التي يقيم بها المرضى لمدد طويلة أماكن للعمل كالمزارع أو المصانع الحرفية الصغيرة التي يذهب إليها المرضى يومياً للعمل ، ويتقاضون أجوراً على عملهم ، كما توجد فصول دراسية للأطفال المعوقين حتى لا يفوتهم التعليم المناسب لقدراتهم .

التأهيل في البيئة العامة

يلزم لمساعدة المرضى على التأهيل للتعامل مع الآخرين خارج بيئتي الأسرة والعمل أن ننمي قدراتهم الاجتماعية على التواصل مع الغير ، إذا انتقص منها المرض النفسي . كما ندربهم على اختيار الأصدقاء والدفاع عن حقوقهم في المعاملات والمناقشات التي تتم بينهم وبين الآخرين ، مع رعاية تقاليد وأعراف المجتمع . نلاحظ أن توفير وسائل مقبولة لقضاء وقت الفراغ للمراهقين والشباب

يقلل من إغراء الانحراف إلى الطرق غير المقبولة ، ومنها الجنوح الإدمان . وعند تأهيل المرضى يلزم المساعدة على توفير دائرة جديدة من الرفاق غير المدمنين ، بالإضافة إلى توفير المجالات السوية للعمل الذي يشعرهم بكيانهم . كذلك يلزم خروج المرضى المزمنين من المصحات النفسية إلى المجتمع وتشجيع زيارة الآخرين لهم .

الصعوبات النفسية في تأهيل المعوقين بدنياً

نلاحظ في كثير من المرضى الذين تستمر إعاقتهم البدنية قلة الدافع إلى التعاون مع برنامج التأهيل البدني ، وكثيراً ما يشكو المريض من الآلام البدنية التي لا تتناسب مع شدة إصابتهم أو مرضهم الجسمي . ويلزم لتأهيل هؤلاء المرضى أن يكون هناك توجيه نفسي بالإضافة إلى التوجيه البدني من فريق التأهيل لدراسة المشاكل النفسية لكل مريض ، كالخوف من العودة للعمل أو انتظار تعويض ضخم عن الإصابة (وخاصة إصابات العمل) أو تلقي معلومات متضاربة من أفراد فريق التأهيل ، أو الخوف من الاعتماد على النفس ، أو من عدم الحصول على عمل يناسب القدرات الحالية . ونلاحظ في بعض الأطفال المعاقين بدنياً أن الآخرين يستمرون في معاملتهم كأطفال صغار رغم اطراد نموهم ، وقد يعوق هذا نضجهم النفسي ويبقيهم معتمدين على الآخرين . كذلك فإن الإفراط في وصف الأطباء لمضادات الألم قد يؤدي إلى الاعتماد عليها فتضاف مشكلة نفسية كبيرة إلى المشكلة البدنية .

وفي جميع الأحوال يلزم إشراك أسرة المريض في السعي للتغلب على هذه المشاكل ، من خلال العلاقة المهنية السليمة بين فريق التأهيل والأسرة .

الطوارئ في الطب النفسي

emergency

الأستاذ الدكتور شيخ إدريس عبد الرحيم
الأستاذ الدكتور عبد المناف الجاذري
الأستاذ الدكتور محمد فخر الإسلام

الطوارئ النفسية حالات حادة من الاضطراب النفسي ، تلجئ المريض أو ذويه إلى البحث عن علاج عاجل لخطورة المريض على نفسه أو على الآخرين . ومن أكثر حالات الطوارئ انتشاراً حالات الهياج excitement ، ومحاولة الانتحار attempted suicide (parasuicide) ، والأعراض التحويلية conversion symptoms ، والهَلَع panic ، والأعراض الجانبية الحادة لبعض الأدوية النفسانية التأثير ، وبعض حالات الاعتماد على الأدوية durg dependence .

الهياج

excitement

يكون المريض مفرطاً في نشاطه الحركي ، وقد يأتي بالشاذ من الأفعال الذي يعرض حياته أو حياة الآخرين للخطر كالسلوك العدواني ، ويقوم بسلوك فاضح ، كأن يخلع ملابسه أمام الآخرين ، أو يدمر ما حوله من أشياء . يحدث ذلك في حالات الذُهَان أو في الهياج السيكوباتي . ومن أهم حالات الذُهَان الطارئة ما يحدث في الهَذَيَان والهَوَس والفُصَام .

الهَذَيَان

delirium

تتميز حالات الهَذَيَان باضطراب التوجُّه orientation في الزمان والمكان والأشخاص ، وانخفاض درجة الوعي وضعف الذاكرة للأحداث القريبة . وكثيراً ما يكون المريض قلقاً خائفاً مما يعتري إدراكه من خداعات وهلاوس وخاصة في المجال البصري . وقد يبول في أماكن غير مخصصة لذلك ، أو يخلع ملابسه الداخلية في وجود الآخرين أو ينام على الأرض ، وتكون الأعراض على أشدها في المساء والليل . ويلزم تمييز هذه الحالات عن ذُهَان الهَوَس وذُهَان الفصام من خلال العلامات السابق بيانها ، لأنها ترجع إلى أسباب عضوية تخل بعمليات الاستقلاب (الأيض) في المخ ، مثل حالات الحمى والالتهابات في الإصابات والتسمم (الداخلي أو الخارجي) أو نقص

الأكسجين في الدورة الدموية للمخ . ولا يضطرب التوجه في الزمان والمكان والأشخاص عادة في حالات الهَوَس أو الفُصَام .

الهيــاج في الاضطراب الهَوَسي

الهياج من العلامات الشائعة في الهَوَس mania ، وكثيراً ما يصاحبه علامات مزاج الشُّماق elation من رقص أو غناء أو شعر أو فرط الحديث وما به من تسلية أو دعابة . وكثيراً ما يعاني مرضى الهَوَس من الهيوجية بدلاً من الشُّماق elation ، ولكن تشتت انتباههم وحدة تعليقاتهم على ما يحدث حولهم تساعد على تفرقتهم عن مرضى الفُصَام .

الهياج في الفُصَام

الهياج علامة معروفة في الحالات الحادة لاضطراب الفصام ، وكثيراً ما يصاحب ذلك **الوُهَامات** (الضلالات) الاضطهادية التي يعاني منها المريض ، أو الهلاوس التي يغلب أن تكون سمعية أكثر منها بصرية ، ويكون حديث المريض غير متماسك ، خالياً من أي تسلية أو دعابة .

الهياج السيكوباتي

قد يحدث الهياج في اضطرابات الشخصية التي لا يتقيد فيها الفرد بأصول وتقاليد السلوك كما يقرها المجتمع . وهو يوجه السلوك الغاضب عادة ضد أشخاص بعينهم دون غيرهم لتحريك شعورهم بالذنب تجاه الفرد الهائج أو لتعديل سلوكهم لصالحه ، ليقفوا إلى جانبه بعد ما حدث من خلاف معهم . وكثيراً ما يذكر الشخص السيكوباتي أنه لم يعي ما صدر منه من هياج وعدوان على الآخرين ، ولكننا نجد دليلاً موضوعياً على مسؤوليته عما صدر منه في تماسك خطوات سلوكه الهائج وتوجيهه إلى هدف محدد ، ولذلك فإن شعوره بعدم وعيه بما فعل ضرب من الانشقاق . ولا يعاني السيكوباتي من أي اضطراب في التوجُّه أو وُهَام (ضلال) أو هلاوس .

ويتكون العلاج الطارئ لحالات الهياج من المهدئات التي تعطى عادة بالحقن ، بعد الفحص البدني بقدر ما هو ممكن تحت هذه الظروف . ولا تجدي المهدئات الصغرى مثل مستحضرات البنزوديازيبين في هذه الحالات ، ويلزم أن تكون جرعة المهدئات العظمى في حالات الهياج مناسبة لوزن جسم المريض ودرجة هياجه ، فتكون جرعة الحقن من عقار كلوربرومازين للشخص البالغ مثلاً 100 ميلي غرام في العضل .

ويلزم إحالة جميع حالات الهَذَيَان فيما عدا الهَذيان الذي يتلو الإصابات إلى الجناح الباطني بالمستشفى . حيث يتم تشخيص وعلاج المرضى العضوي المسبب لكل حالة ، وحيث يكون العلاج بالأدوية النفسانية التأثير المهدئة علاجاً للأعراض فقط ، يمكن أن يصفه أي طبيب لتهدئة سلوك المريض إلى أن يتم علاج المرض الذي أدى إلى الهَذَيَان .

طوارئ محاولات الانتحار

Attempted suicide

يقوم بعض المرضى بمحاولة إيذاء أنفسهم بعد مواجهة مشكلة في حياتهم ، ويحمل هذا الإيذاء درجات متفارتة من احتمال قتل الفرد لنفسه ، وتزيد احتمالات الوفاة عند استخدام الطرق الفيزيائية (كالحرق والشنق والطعن والغرق والقفز من ارتفاع) عنها عند استخدام الطرق الكيميائية (كالجرعات الزائدة من الأدوية أوتناول المطهرات) . وقد ينكر المريض نية الانتحار خشية المساءلة القانونية ، أو لكي يعيد فيما بعد تلك المحاولة التي اكتشفها الآخرون بمحض الصدفة . ولذلك يلزم في جميع الأحوال أن يأخذ طبيب الطوارئ جانب الحذر وينصح المريض وأهله بضرورة مراقبة حالته الصحية في جناح عام بالمستشفى يمكن فيه تخليصه من الآثار البدنية لمحاولة الانتحار وإنعاشه إذا لزم الأمر . وبعد مرور فترة المراقبة (48-72 ساعة) ، يمكن للطبيب النفسي أن يقرر ما يلزم للمريض من علاج في جناح الأمراض النفسية ، أو بالعيادة الخارجية ويتناول المشكلة من نواحيها النفسية والاجتماعية من المريض وممن يهمهم أمره .

طوارئ الأعراض التحويلية Conversion symptoms والهلع Panic

قد تحدث الأعراض التحويلية بصورة حادة وتلجئ المريض وأهله إلى قسم الطوارئ لما يشعر من إغماء أو فقد القدرة على الحركة أو الإبصار أو الكلام على سبيل المثال . وأهم وسيلة تفرق تشخيص هذه الحالات عما يشابهها من الأمراض العضوية هي الحصول على السيرة والسوابق (تاريخ المرض) من المريض وأهله لمعرفة العوامل المُرَسِّبة وبيان الأعراض السابقة والمصاحبة واللاحقة للعرض التحويلي ثم فحصه بدنياً . نجد أن نمط العلامات النفسية والبدنية يتفق مع مفهوم المريض حول مرض العضو المصاب بالأعراض التحويلية . ولا يتفق مع ما هو معروف طبياً عن ذلك العضو . فإذا أخذنا مثلاً الإغماء التحويلي نجد أن له سوابق ومصاحبات ولواحق تختلف تماماً عن الإغماء الصرعي الذي يلزم تفرقته في التشخيص . فالإغماء التحويلي تدريجي ، يشعر المريض بمقدمه ، فيتخذ من الاحتياط ما يمنع من سقوطه أو إصابته ، وفيه يغمض المريض عينيه ويسبق اهتزاز الأطراف فقدان الوعي ، وقد

يأتي المريض بمحاولات لشق ثيابه أو خنق رقبته أو الإمساك بالآخرين بقوة ، ويمكنه سماع الآخرين وإن لم يكن قادراً على الرد عليهم أثناء الإغماء التحويلي . وكل ذلك يناقض ما يحدث بالصرع . ومن الخطأ إيذاء المريض الذي يعاني من الأعراض التحولية باستخدام الوسائل المؤلمة كاستنشاق الأمونيا . أما في حالات الهلع فيظن المريض أنه يموت أو يوشك أن يفقد صوابه وسيطرته على نفسه . يبدو ذلك في سلوكه وطلبه للعون العاجل من الآخرين أو إجراء فحوص معينة لكي يطمئن على قلبه أو صدره مثلاً ، وكثيراً ما يشاركه أهله في الاتجاه إلى الأمراض البدنية كتفسير لاضطرابه . وعلى طبيب الطوارئ تهدئة المريض المصاب بالهَلَع أو بالأعراض التحويلية بشرح بسيط عن دور الاضطراب النفسي في إحداث الأعراض البدنية وبإعطاء المريض علاجاً مهدئاً بالحقن مثل الكلوربرومازين أو مستحضرات البنزوديازبين ، على أن يبدأ علاجه بواسطة طبيب نفسي في أقرب وقت . وإذا استخدم طبيب الطوارئ حقن البنزوديازبين فعليه ألا يكررها بناء على طلب المريض أو أهله حتى لا يصبح المريض معتمداً عليها .

الأعراض الجانبية لبعض الأدوية النفسانية التأثير

قد تظهر الأعراض الجانبية بصورة حادة تلجئ المريض إلى طبيب الطوارئ بعد تناوله لبعض الأدوية النفسانية التأثير التي يصفها الأطباء (وخاصة مجموعة مضادات الذُهَان) . من ذلك حدوث تقلص في بعض عضلات الجسم وخاصة بالوجه أو اللسان أو الرقبة ، أو حدوث تصلب أو رجفة في الأطراف أو فقد الاستقرار الحركي ، حيث لا يمكن للمريض الجلوس في مكان واحد ، فيستمر في تحريك أرجله أو يديه ، أو يذهب ويجيء بصفة متواصلة دون أن يستطيع الجلوس في مكان واحد لمدة معقولة . تنشأ جميع هذه الأعراض الجانبية بعد تناول الأدوية المسببة لها بمدة تختلف من فرد إلى فرد من ساعات إلى أيام . ويلزم علاجها بواسطة طبيب الطوارئ بحقنة مضادة مثل حقنة بروسيكليدين بالعضل أو بالوريد أو حقنة بنزتروبين بالعضل ، حيث تختفي الأعراض بعد فترة قصيرة ، ثم يعاد المريض إلى طبيبه النفسي الذي وصف العلاج لكي يراجع ما يأخذ من دواء ، فقد يخفض الجرعة أو يضيف علاجاً بالفم من نفس أنواع الحقن المشار إليها .

طوارئ الأفراد المعتمدين على الأدوية drug dependent

يتردد بعض الأفراد المعتمدين على الأدوية على قسم الطوارئ وخاصة في الساعات المتأخرة من الليل للحصول على المنومات أو المهدئات لما يشكون من اضطراب النوم أو الشعور بالآلام البدنية أو بالتهيج . ويجب أن يكون طبيب الطوارئ حذراً في التعامل معهم ، حتى لا يدعم اعتمادهم على الأدوية بوصف علاجات متكررة يعرف عنها أنها قد تؤدي إلى الاعتماد مثل مستحضرات

البنزوديازبين . كذلك ينبغي الحـرص عند التوصية لهم بإجازات من العـمل . وقد يتردد هؤلاء على عيادات الطـوارئ مراراً دون أن يحصلوا على ما يبـغون بعد أن يحاولوا مع شـتى الأطباء ، ولذلك يلزم توحيد سياسة التعامل معهم حتى لا يقع الأطباء بالحرج بسبب اختلاف طرائق تصرفهم ولاسيما إذا حصلوا منهم على توصيات متباينة .

مما سبق يـتضح أنه بعد العـلاج المؤقت في عيـادة الطوارئ هناك ثلاثة مسـارات لمرضى الطوارئ النفسية .

أولاً : الإدخال إلى جناح عام ، في حالات الهَذَيَان ومحاولة الانتحار .

ثانياً : الإدخـال إلى جناح الاضطرابات النفسيـة ، في حالات الفُصَام والهَـوَس وبعض حالات الهَلَع .

ثالثاً : التـحويل إلى العـيادات الخارجـية النفـسية ، في حـالات الأعراض التحـويلية والهـياج السيكوباتي والهَلَع والاعتماد على الأدوية للمزيد من التقييم وتقدير الخطة النهائية للمعالجة .

المرشد في

الطب النفسي

يقدم كتاب «المرشد في الطب النفسي» لطلبة الطب والدارسين في العلوم الصحية والتثقيفية المعلومات الأساسية التي تؤهلهم للتعامل مع الحالات النفسية والسلوكية التي قد يصادفونها في حياتهم الاجتماعية أو في ممارستهم الطبية.

والطب النفسي أحد العلوم الصحية الأساسية التي تهم المجتمع بأسره بقدر ما تخص كل فرد فيه، وفي جميع مراحل حياته منذ ولادته إلى اللحظات الأخيرة من حياته. وتكون الحاجة إليه أوضح ما تكون عندما يتعين على الأفراد وعلى المجموعات أن تتكيف مع ظروف الحياة المتقلبة وأن تحافظ على توازنها في ساعات الشدة والكرب، وأن تضمن تماسكها وسلامتها من الأمراض النفسية ومن الانحرافات السلوكية.

ويأتي هذا الكتاب في عداد سلسلة «الكتاب الطبي الجامعي» التي يصدرها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط تباعاً لسد حاجة الطلبة والمدرسين من الكتب الجامعية باللغة العربية. وقد صدر من هذه السلسلة كتاب «طب المجتمع» وكتاب «الغذاء والتغذية» وكتاب «الطب الشرعي والسموميات» وكتاب «المرجع في الفيزيولوجيا الطبية (غايتون)، وكتاب «أساسيات علم الوبائيات».

ISBN 9953-37-026-5

